

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

21

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Philippe GRÉGOIRE

Né le 14 Février 1915, à St-Omer (Pas-de-Calais).

Présentée et soutenue publiquement le 10 FEV 1943 19

LE
PRONOSTIC DE LA PRIMO-INFECTION
TUBERCULEUSE

RÉSULTATS DU TRAITEMENT
PAR L'ALLERGINE DE JOUSSET

Président : M. TANON. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GRÉGOIRE.**

Prénom : **Philippe.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

GRÉGOIRE (Philippe). — Le pronostic de la primo-infection tuberculeuse. — Résultats du traitement par l'allergine de Jousset. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 99 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GRÉGOIRE (Philippe). — Le pronostic de la primo-infection tuberculeuse. — Résultats du traitement par l'allergine de Jousset. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 99 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GRÉGOIRE (Philippe). — Le pronostic de la primo-infection tuberculeuse. — Résultats du traitement par l'allergine de Jousset. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 99 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GRÉGOIRE (Philippe). — Le pronostic de la primo-infection tuberculeuse. — Résultats du traitement par l'allergine de Jousset. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 99 p., 11 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Philippe GRÉGOIRE

Né le 14 Février 1915, à St-Omer, (Pas-de-Calais).

Présentée et soutenue publiquement le 19

**LE
PRONOSTIC DE LA PRIMO-INFECTION
TUBERCULEUSE**

**RÉSULTATS DU TRAITEMENT
PAR L'ALLERGINE DE JOUSSET**

Président : M. TANON. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0053

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCQ.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
CACHERA	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
COSTE	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.		RENARD	Ophthalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAULLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
	chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

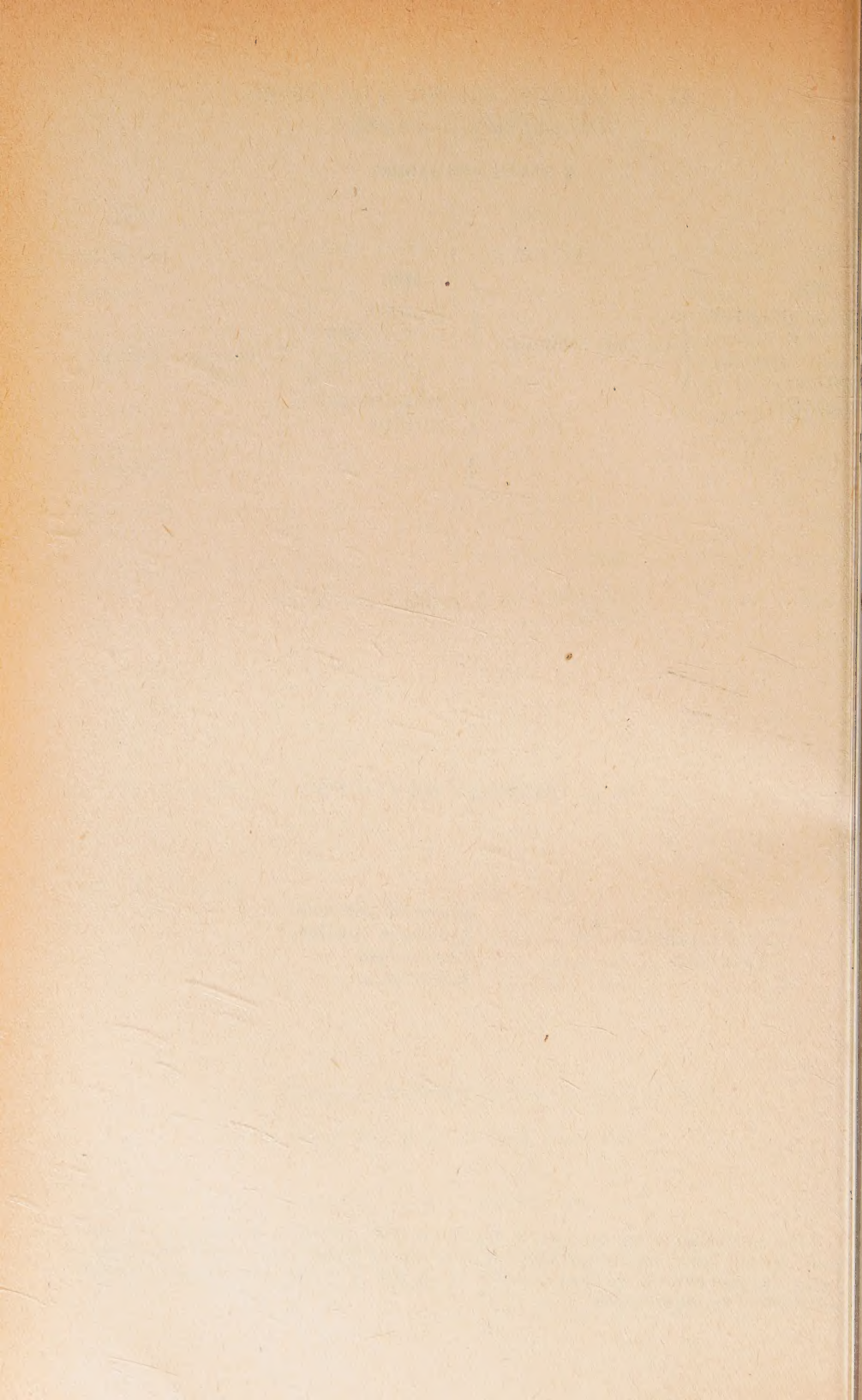
MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
ERULE		GATELLIER ...	
AROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES .	
SEZARY		MOULONGUET .	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
H... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MA FIANCEE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté

Conseiller technique sanitaire au Secrétariat d'Etat à la Santé

Qui a bien voulu accepter d'être mon Président de thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. RIST

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. JACOB

PREAMBULE

La fréquentation quotidienne des services de phthisiologie nous a révélé la place considérable qu'a prise la tuberculose dans la pathologie humaine.

Elle nous a montré aussi que le tuberculeux ne retrouve jamais dans la société sa place normale de travailleur; la maladie qui l'a frappé le laisse irrémédiablement dans un état d'infériorité physique manifeste.

Si, grâce aux progrès de la médecine, il peut actuellement survivre plus longtemps, il est du point de vue social toujours plus ou moins perdu.

La lutte antituberculeuse, par l'ampleur qu'elle prend de jour en jour, devient pour les budgets une charge supplémentaire non négligeable.

Il nous a semblé que la véritable solution du problème était d'arrêter le mal au moment où il n'a fait encore qu'effleurer l'individu.

A ce moment, s'il est guéri, il peut reprendre sa place dans la société car la maladie n'a pas constitué en lui de lésions définitives.

Il n'est plus pour son entourage une source de contamination.

Remercions bien vivement ceux qui, par leurs sages conseils, nous ont permis de rédiger ce modeste travail et nous ont ainsi donné l'espoir du recul de la tuberculose.



INTRODUCTION

Le virage de la cuti-réaction, passage du négatif au positif, en même temps qu'il traduit la première pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme, est le témoin de l'apparition d'un état particulier et nouveau, mélange d'hypersensibilité et d'immunité qu'on appelle: *l'allergie*.

C'est le plus souvent sans histoire clinique que l'organisme franchit cette étape. L'immunité apparue, quelque soit sa relativité, implique une capacité plus ou moins forte et plus ou moins durable de résistance au Bacille de Koch.

Quelquefois, soit que la contamination ait été massive d'emblée ou massivement répétée, soit que cette primo-infection soit survenue sur un terrain particulièrement sensible, elle a sa traduction clinique sévère qui entraîne les plus graves conséquences pour le sujet qui en fait les frais.

Depuis plus d'un an, nous assistons à une recrudescence et à une réelle aggravation des primo-infections chez l'enfant, brusque accroissement du nombre et de la gravité des infections tuberculeuses en rapport certain avec l'augmentation des contagés et les perturbations de tout ordre que nous traversons.

Le déséquilibre physique et psychique, associé à la sous-alimentation, expliquerait pourquoi le terrain devenu déficient oppose à l'infection bacillaire si peu de résistance.

L'avenir proche ou éloigné de la primo-infection devient de plus en plus aléatoire.

Il faut la guérir si l'on veut faire reculer le terrible fléau

social qu'est la tuberculose. C'est contre elle que doivent porter tous les efforts.

La solution est d'apporter à l'individu le pouvoir réactionnel qui lui fait défaut, l'aide à la constitution d'une défense, d'une immunité contre l'infection qui survient.

Or, qui dit pouvoir réactionnel dit réaction du sujet. Il doit réagir, grâce à l'aide qu'on lui apporte. Et c'est au moment où la tuberculose commence seulement à l'envahir et où elle n'a pas encore constitué de lésions irrémédiables qu'il peut le mieux le faire.

L'allergine de JOUSSET nous a paru pouvoir remplir ce rôle essentiel d'aide à la réaction du sujet. Elle nous para aussi et surtout être, jusqu'à présent, la seule à pouvoir le prétendre.

Le pronostic de la primo-infection pourrait, grâce à elle, être ainsi considérablement modifié.

C'est ce que nous nous proposons de démontrer.

SOMMAIRE

Nous ferons dans un premier chapitre une mise au point des conceptions récentes de la primo-infection, et ceci à la lumière des auteurs les plus qualifiés sur la question.

Ses variétés cliniques sont innombrables. Cette mise au point est nécessaire pour bien la comprendre.

Nous n'y aurons pas la prétention de faire mieux que les éminents phthisiologues auxquels nous nous sommes reportés.

Mais nous nous efforcerons de trouver avec eux qu'il y a obligation absolue de ne plus considérer la primo-infection avec optimisme. Il faut lui opposer une thérapeutique active et précoce qui puisse enrayer le mal dès le début. On évitera ainsi les formes les plus redoutables qui peuvent lui succéder.



Nous montrerons dans le second chapitre son vrai pronostic, même dans ses formes qui paraissent légères et bénignes et l'abandon nécessaire d'un optimisme counable.

Malgré notre vif désir, nous verrons que nous n'avons pas trouvé, dans les moyens mis habituellement en œuvre de thérapeutique qui puisse toujours nous satisfaire, mais seulement des adjuvants, parfois excellents, toujours insuffisants à eux seuls pour entraîner une guérison durable.

La tuberculine, qui constituerait, elle, un traitement spécifique, est à rejeter sans hésitation.

Des praticiens particulièrement expérimentés nous ont fait connaître l'allergine de JOUSSET. Mal informés, nous

l'aurions rejetée, comme la tuberculine. Elle est au contraire le seul traitement possible actuel de la primo-infection.



Nous démontrerons dans un troisième chapitre que le rapprochement tuberculine-allergine ne doit plus être fait.

Ceux qui, avec SAHLI, demeurent les partisans de la tuberculinothérapie la contre-indiquent pour le traitement des formes jeunes et évolutives de la tuberculose.

L'allergine, au contraire, voit dans la primo-infection son indication type.

Elle a été écartée délibérément par ceux qui la considèrent comme une proche parente, mais une parente pauvre de la tuberculine, parce qu'ils ne la connaissent pas ou ne veulent pas la connaître.



Dans le quatrième chapitre, nous aurons en vue les effets immédiats et tardifs de l'allerginothérapie, la manière de conduire le traitement, condition même de son efficacité.

Nous y ajouterons les précautions avec lesquelles toute cure doit être conduite et principalement le repos concomitant qui en est l'indispensable adjoint.

Nous verrons ainsi les résultats, obtenus par une allerginothérapie bien faite, dans la lutte contre la primo-infection et tout ce qu'on peut attendre d'elle.

Sa mise en œuvre précoce sera sa première condition à remplir. Nous citerons quelques observations de cas divers et variés, tous traités par l'allergine. En citant des résultats suffisamment anciens, nous démontrerons que la guérison obtenue, maintenue après de nombreuses années, doit être considérée comme définitive et absolue. Quelques-uns montreront un résultat moins bon, du fait d'un traitement trop tardif ou insuffisamment prolongé.



Le cinquième et dernier chapitre montrera la portée du traitement de la primo-infection par l'allergine.

Les seules chances que nous ayons de bien lutter contre la tuberculose sont de la combattre à son début.

Elle doit être dépistée précocement. Le dépistage commence, actuellement, à être rationnellement organisé. Il faut qu'il entraîne, à sa suite, des mesures efficaces.

Nous souhaitons que l'allergine de JOUSSET, efficace, soit appliquée dans tous les cas : formes graves, formes inapparentes, car toutes ces formes peuvent être le début d'une tuberculose lésionnelle.

Elle serait ainsi la prophylaxie des formes aiguës mortelles en particulier, de la tuberculose, fléau social en général.



LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

LES ÉTAPES DE LA TUBERCULOSE: LA PRIMO-INFECTION ET LA SURINFECTION ENDOGÈNE

Il est actuellement admis de diviser l'histoire de la tuberculose en deux étapes: primo-infection et surinfection, division plus logique qu'en étapes primaire, secondaire et tertiaire. Il est en effet souvent difficile de séparer les phases primaire et secondaire, fréquemment intriquées.

Nous appellerons alors, avec M. COURCOUX, primo-infection: « toutes les manifestations qui conservent les caractères anatomo-cliniques des accidents initiaux ».

La primo-infection est l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch, la surinfection traduit soit une nouvelle contagion venue de l'extérieur: *surinfection exogène*, soit, et c'est le cas le plus fréquent et le plus admis par tous, la reviviscence de bacilles demeurés dans les lésions cicatrisées de primo-infection: *surinfection endogène*.

Il n'y a donc de deuxième étape, qu'on nous pardonne cette lapalissade, que s'il y a déjà eu de première étape. Il n'y aura de surinfection endogène que s'il y a déjà eu une primo-infection, d'où l'importance capitale de cette primo-infection, passage de l'état-santé à l'état-maladie, état-maladie qui marque l'individu de son sceau indélébile, même s'il paraît en avoir triompher provisoirement.

MOMENT DE LA PRIMO-INFECTION. SUBDIVISIONS

La primo-infection intéresse tous les individus, du moins dans nos pays, c'est-à-dire que, tôt ou tard, le bacille tuberculeux n'épargne personne.

Elle se fait habituellement dans l'enfance ou dans l'adolescence, les chances de contamination, du fait de la vie collective, étant suffisamment abondantes et fréquentes dans nos régions.

Elle se fait presque toujours par la mère aux côtés de laquelle l'enfant vit constamment quand il est tout petit, beaucoup moins souvent par le père, un parent proche; ce qui explique que la primo-infection a d'autant plus de chance d'être grave qu'elle frappe un être plus jeune, celui-ci étant plus vulnérable et le contact, bien que ne se faisant qu'avec une seule personne, étant régulièrement et quotidiennement répété.

Elle survient très rarement chez l'adulte, lorsque celui-ci, ayant vécu jusque là dans un pays indemne de tuberculose, se trouve brusquement en contact avec des bacillaires.

On admet qu'elle se traduit par le virage de la cuti-réaction. Celle-ci, négative à la naissance, devient, selon M. RIST, positive chez 60 p. 100 des individus qui atteignent leur vingtième année, 65 p. 100 pour M. TISSOT à vingt-cinq ans, pour atteindre les 100 p. 100 vers la trentaine, donc beaucoup plus tardivement qu'on ne le pensait autrefois.

C'est ainsi que, sur les 188 élèves que nous avons suivis personnellement en collaboration avec le docteur B. dans une grande école de Paris pendant l'année scolaire 1941-42, et dont les âges ont compris entre 15 et 24 ans, nous avons trouvé :

à la rentrée en octobre 41 :

101 cuti —,
87 cuti + (46 %);

à la fin de l'année scolaire, en juillet 42:

81 cuti —,

107 cuti +,

c'est-à-dire que nous avons assisté au virage de 20 cuti-réactions seulement.

Il n'y aurait pas lieu de craindre l'infidélité de la cuti-réaction, qui ne se trouverait seulement que dans 3 cas sur 1.000. Nous pouvons avoir confiance en elle.

Devenue positive, elle le demeure ensuite toute la vie. Elle est le meilleur et bien souvent le seul moyen de diagnostiquer la tuberculose au début, alors que les symptômes de la maladie font encore hésiter à étiqueter l'affection.

« Il y a toujours corrélation rigoureuse entre la cuti-réaction positive observée pendant la vie et l'existence d'un foyer tuberculeux intra-pulmonaire et secondairement ganglionnaire médiastinal. Il n'arrive jamais que, chez un enfant ayant eu une cuti-réaction positive, on ne trouve pas de foyer tuberculeux à l'autopsie. » (RIST.)

M. TROISIER insiste:

« La recherche des bacilles dans le stade primo-secondaire reste difficile, voire même souvent impossible.

« Vous serez conduit à cette période à ne pas compter exclusivement sur la bactériologie. Il faudra corroborer votre diagnostic avec les réactions à la tuberculine et en suivre l'évolution..... Que de fois ainsi vous authentifierez un diagnostic de typhobacillose ou de pneumopathie tuberculeuse. »

Pour M. TISSOT:

« Même en l'absence d'une réaction antérieure négative, une seule réaction faite au cours ou au décours de la maladie que l'on soupçonne être une manifestation de primo-infection, amène de très fortes présomptions dans ce sens si elle est violemment positive. »

Voilà donc le bacille de Koch introduit dans l'organisme : c'est la primo-infection.

Rappelons brièvement les subdivisions classiques de cette étape fondamentale :

— la période antiallergique, d'une durée de quelques semaines en général, quelquefois bien plus courte, période pendant laquelle les bacilles, introduits par la voie aérienne, disséminent dans tout l'organisme par les lymphatiques, puis par les voies sanguines.

Elle prend fin avec l'apparition des réactions allergiques, c'est-à-dire l'apparition d'une cuti-réaction positive.

— La période primaire, caractérisée par l'apparition de la lésion ganglio-pulmonaire.

— la période secondaire, de durée illimitée, qui est la diffusion des germes tuberculeux dans les voies lymphatiques de toute l'économie et l'apparition fréquente de lésions métastatiques, généralisées ou localisées : séreuses, os, ganglions, lésions pleuro-pulmonaires à type congestif, laissant derrière elles des séquelles locales, ce que Léon BERNARD appelle l'état séquelle intercléïdo hilaire.

TRADUCTIONS CLINIQUES

Tout ceci est schématique et théorique. Pratiquement, comment se traduit la primo-infection ? Comment se comporte l'individu ? Reportons-nous à JOUSSET lui-même :

« Dans l'immense majorité des cas, l'infection ganglio-pulmonaire est latente, n'altère en rien la santé et se réduit à une modification humorale lente et imperceptible, même pour le porteur, modification qui constituera l'allergie commune des adultes.

« Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'infection ganglionnaire et l'installation de l'allergie peuvent se traduire par un léger déclin de la santé générale. Chez le jeune

enfant, les troubles digestifs prédominent avec une fièvre insignifiante et de l'amaigrissement. D'autres fois, ce sont des poussées de température inexplicées, généralement imputées à un embarras gastrique, qui apparaissent inopinément, sans grand fracas, et disparaissent de même.

« Enfin le bacille peut créer une véritable maladie, commençant par une forte température, dont on ne saisit pas tout de suite la cause. Elle revêtira, tantôt le type oscillatoire (WEIL), tantôt le type continu (typho bacillose), beaucoup plus grave et qui prélude aux lésions. »

La première lésion est donc le minuscule noyau tuberculeux situé en un point quelconque du poumon : c'est le chancre d'inoculation, qui comme le chancre syphilitique, s'accompagne toujours d'une adénopathie similaire qui est le tubercule localisé dans le ganglion trachéo-bronchique correspondant (PARROT).

Tubercule pulmonaire et tubercule ganglionnaire ne font qu'un : ils sont la toute première étape de l'infection.

Si, comme le dit M. NOBÉCOURT, la barrière ganglionnaire résiste, l'infection reste limitée à cette première étape. Elle est alors occulte, larvée, passe souvent inaperçue, ou bien se révèle par de la fièvre, des troubles de l'état général, des signes plus ou moins discrets d'adénopathie trachéo-bronchique.

Si la barrière ganglionnaire fléchit, le BK la franchit et pénètre dans la circulation. Il détermine une granulie ou se localise dans un organe, réalisant une tuberculose méningée, péritonéale, osseuse, pulmonaire à types divers. De toute façon, la fièvre reste le symptôme de l'évolution de la maladie si aucune localisation n'apparaît. Elle simule alors plus ou moins la fièvre typhoïde : c'est la typho-bacillose.

« Toxémie émanant des bacilles déjà fixés » pour JOUSSET, elle est sûrement la traduction clinique de la septicémie tuberculeuse.

Cette typho-bacillose, mal nommée, ne ressemble que très vaguement à la dothiéntérie, et par son type fébrile.

Le plus souvent, il n'y a ni tymphos, ni céphalée, ni taches rosées lenticulaires.

« La fièvre relève dans ce cas, comme l'a montré la radiologie, inconnue de LANDOUZY, de la présence d'un foyer naissant de tuberculose profonde, ordinairement situé dans les ganglions du médiastin. C'est pourquoi nous avons proposé de substituer à l'appellation de typho-bacillose celle de fièvre d'invasion bacillaire. »

Chez le nourrisson, les symptômes ont le plus souvent une allure très banale et seule leur coïncidence avec l'écllosion des réactions tuberculiniques permet d'éclairer leur véritable signification: fièvre élevée pendant quelques jours, légère perte de poids ou tout au moins arrêt de la croissance, troubles digestifs qui surprennent par la brusquerie de leur apparition et auxquels on ne trouve pas d'explication, selles abondantes, glaireuses ou liquides.

L'examen des poumons ne décèle souvent rien. LÉON BERNARD et DEBRÉ auraient quelquefois entendu un souffle tubaire au moment de la première poussée fébrile, souffle dépendant sans doute d'un foyer de spléno-pneumonie juxtaposé au chancre d'inoculation. La radiographie est discrète et ne montre que des ombres hilaires d'adénopathie. Puis après une accalmie trompeuse, la fièvre reparait à nouveau et ne cessera plus, l'état général déclina avec l'apparition des signes pulmonaires. La maladie signera son nom quand il sera trop tard pour prendre une forme généralisée ou la forme méningée toujours fatale.

Quelle est la fréquence respective des différentes formes de la primo-infection?

Le plus récent ouvrage sur la question, celui de M. TISSOT, déclare qu'elle se révélerait par une manifestation clinique apparente dans 15 0/0 des cas. Ce chiffre nous paraît un peu fort.

Parmi ces manifestations apparentes, la forme la plus souvent rencontrée serait la forme fébrile ou fébriculaire

pure (30 0/0), la typho-bacillose étant elle-même cette forme une fois sur trois.

Il y aurait possibilité de diagnostic précoce par l'auscultation: quelques râles crépitants fins dans un espace omo-vertébral et par une ponction exploratrice au niveau du 6^e espace sur la ligne axillaire: présence d'une micro-pleurésie d'accompagnement (LOWYS).

Les formes typhoïdiques, entéritiques, appendiculaires, rentrent aussi dans ce groupe.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence:

— les pleurésies vraiment primitives, très souvent, ou précédées d'une autre manifestation de primo-infection. Nous croyons en effet que la pleuro-tuberculose primitive constitue bien plus fréquemment qu'on ne le croyait autrefois l'une des manifestations de la primo-infection.

Elle a les mêmes caractères cliniques que les autres manifestations. Peut-être résulte-t-elle des très abondantes connexions lymphatiques de la plèvre.

— Les manifestations pulmonaires: spléno-pneumonie, cortico-pleurite, à phénomènes congestifs moins marqués; congestions pulmonaires d'aspect banal au début, qui évoluent ensuite, en traînant, pendant de longues semaines, « grippe » prolongées.

— Les formes oligo-symptomatiques, se traduisant par des symptômes discrets et surtout peu typiques, tels que amaigrissement, changement de caractère, apparition d'une paresse que rien n'explique, chute de poids, fébricule. « Toute affection bâtarde de l'enfance, tout fléchissement inexplicable de l'état général, demande un contrôle de l'état allergique et une radioscopie. » Nous pensons que ces formes oligo-symptomatiques sont bien plus fréquentes que ne l'estime Franck TISSOT. Elles constituent à notre avis, la transition entre les formes sans manifestation clinique et les formes-maladies. Elles ont besoin, pour être découvertes, d'un examen minutieux et régulièrement répété de l'enfant.

Beaucoup d'entre elles, à la limite extrême du symptôme, doivent passer inaperçues.

— L'érythème noueux, véritable démonstration clinique de la mise en circulation des bacilles tuberculeux dans l'économie.

— Enfin toutes les autres formes, plus rares, telles que conjonctivite phlycténulaire, ictère, angines, purpuras rhumatoïdes, toutes formes que peut revêtir la primo-infection, prouvées par examen radiologique et cuti-réaction.

ASPECTS RADIOLOGIQUES

C'est essentiellement le complexe ganglio-pulmonaire : augmentation de l'ombre hilare d'importance variable, avec ses caractères particuliers d'être imprécise et floue dans ses contours.

Il y a nécessité absolue de plusieurs clichés pour suivre l'évolution de l'image. C'est tout l'intérêt de la radiologie.

On trouve quelquefois en plein parenchyme pulmonaire une petite ombre arrondie que certains interprètent comme le chancre d'inoculation. Le cul-de-sac pleural du même côté est fréquemment émoussé.

D'autres images peuvent se rencontrer : infiltration, plaques triangulaires d'étendue variable à point de départ hilare, scissures opacifiées, images linéaires plus ou moins empâtées suivant le degré de réaction périscissurale, grissailles homogènes.

Il est possible que l'image soit souvent le résultat de lésions complexes, lymphatiques, périvasculo bronchiques pleurales et parenchymateuses, qui peuvent masquer (vérifications post-mortem) des zones de ramollissement caséux et de fonte ganglionnaire.

L'accentuation de la trame traduit très fréquemment une infiltration tuberculeuse par voie lymphatique. On constate en effet sa disparition sur les clichés ultérieurs, s'il y a gué-

raison. Si celle-ci ne survient pas, on peut trouver une accentuation en un point qui sera le début d'une lésion ulcéro-caséuse dans les mois qui suivent.

SON AVENIR

En résumé, la primo-infection, fatalement obligatoire dans un délai variable, très souvent précoce, a deux alternatives possibles :

— ou l'organisme est gravement atteint, parce que la contagion a été massive (première enfance) ou parce que le bacille de Koch est survenu avec une qualité particulière, qualité créée par le terrain qu'il envahit. Dans ce cas il succombe rapidement à la maladie. La granulie et la méningite, qui succèdent à la primo-infection proprement dite, sont toujours mortelles;

— ou l'organisme paraît être sorti victorieux du premier conflit. La minime lésion sanglio-pulmonaire ne s'est révélée que par des phénomènes discrets. Sans la cuti-réaction, on n'aurait souvent pu la soupçonner.

Est-ce donc à dire que l'individu est guéri et immunisé dans ce cas? Il n'en est rien. Le virus tuberculeux reste emmuré dans la lésion pulmonaire, mais il y demeure vivant.

« Les incidents disparus, tout reste à faire, car le bacille subsiste, la guérison apparente n'est souvent qu'illusoire. » (COURCOUX.) Affirmation qui nous paraît encore trop timide; nous dirons: la guérison apparente n'est qu'illusoire, elle n'existe pas en réalité. Le primo-infecté héberge des bacilles vivants.

D'après SERGENT et ANDERS (rapportés par STÉPHANI), parmi les accidents primitifs guéris tant intestinaux que pulmonaires, un tiers environ tuberculisent le cobaye.

« Tout se passe comme si, dit STÉPHANI, la première

place était laissée aux réactivations endogènes avec transport et création de métastases par la voie lymphatique et la voie hématogène.

« L'enfant qui a fait et guéri (?) son accident primitif n'est probablement pas immunisé par le fait qu'il a cicatrisé son accident primitif sans verser dans la phtisie. Il reste simplement longtemps réfractaire à une deuxième infection plus simplement parce qu'il contient encore quelque part dans le corps *des bacilles vivants* provenant de la première. »

Ces bacilles vivants, quelle épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête de celui qui l'héberge ! Vienne un fléchissement de l'état général ou une affection intercurrente, une grossesse, un accouchement, des conditions de vie défectueuses comme celles que nous subissons en ce moment et la maladie qui paraissait définitivement terminée reprend sa course.

Dans la période si difficile que nous traversons, les possibilités sont encore plus grandes. La sous-alimentation et les déséquilibres de toutes sortes sont autant de raisons supplémentaires de craindre le réveil de la tuberculose.

Quel sombre avenir nous avons devant nous si nous ne faisons pas le nécessaire pour le rendre impossible.

PRONOSTIC DE LA PRIMO-INFECTION

RECHERCHE D'UN TRAITEMENT EFFICACE

EVOLUTION DES DIVERSES FORMES

L'évolution de la primo-infection, dans ses formes inapparentes et discrètes, semblerait entraîner un pronostic favorable.

Ainsi, pour les virages des cuti-réactions des vingt élèves d'une grande école et cités plus haut, aucun n'a eu de traduction clinique grave:

— 6 élèves n'ont présenté absolument aucun signe de maladie;

— pour 9 d'entre eux, le virage de la cuti-réaction s'est accompagné d'une asthénie passagère, peu importante, et d'un amaigrissement variable, souvent léger, atteignant quelquefois deux ou trois kilos;

— pour les 5 restants, la réaction a été plus violente. Ils ont présenté des signes discrets de maladie, maladie confirmée par les examens radiologiques (ombres hilaires récentes, opacification d'une zone localisée, épanchement pleural discret et même pleurésie typique dans un cas).

Et pourtant M. COURCOUX ne dit-il pas:

« A mesure que nous pénétrons mieux dans l'étude clinique de la primo-infection, nous voyons combien les manifestations pulmonaires de l'infection tuberculeuse peuvent

être variées et combien il est difficile d'en fixer l'avenir immédiat et lointain.

« Dans les trois quarts des cas, elle reste muette, inapparente. Sommes-nous sûrs qu'elle ne se réveillera pas un jour? »

Même après les formes les plus bénignes, l'enfant reste, pendant la convalescence un « colis fragile » (BLECHMAN). C'est une période d'instabilité pendant laquelle habituellement il y a relâchement des prescriptions et de la surveillance médicale. Le jeune malade est exposé à des manifestations itératives ou à prolonger un état dangereux et à favoriser la stagnation des images péri-hilaires et leur organisation sous une forme durable.

Que dire alors des formes plus graves!

L'optimisme avec lequel il était de mise encore récemment de considérer les formes légères a rejailli trop souvent sur la façon d'estimer les formes graves. Cet optimisme a entraîné à sa suite l'attitude des bras croisés et de l'expectative « désarmée ».

Depuis quelques années heureusement, le son de cloche devient un peu différent.

La tuberculose fait, à l'heure actuelle, en France, plus de victimes parmi les enfants et les jeunes gens que n'importe quel autre fléau.

Ce serait, tous les ans, *plus de 10.000 individus jeunes* qui succomberaient, dans les proportions suivantes:

3.500 de 0 à 15 ans,

2.400 de 15 à 20 ans,

4.700 de 20 à 25 ans.

« Or, tous sont passés par le stade de primo-infection, généralement méconnu. C'est alors qu'on aurait pu agir le plus efficacement en assurant une guérison solide d'emblée, gage pour l'avenir. » (FRANCK TISSOT).

M. NOBÉCOURT estime qu'on meurt peu de typho-bacillose, mais « la convalescence est longue et il n'est pas rare,

quelques semaines, quelques mois après, de voir apparaître une évolution tuberculeuse, plus ou moins rapide... mais si on meurt peu de typho-bacillose aiguë, les localisations tuberculeuses graves fréquentes qui la suivent entraînent un pronostic fâcheux. » Et de fait, la typho-bacillose n'est-elle pas avant tout le fourrier de la granulie, de la piemérite, formes fatales contre lesquelles on ne peut plus rien.

Les formes pulmonaires proprement dites, spléno-pneumonie, corticopleurite, processus congestifs et fluxionnaires, sont loin de guérir toutes seules.

Pour M. MINET, le pronostic *immédiat* est en général favorable, mais « elles peuvent être le point de départ d'une pneumonie caséuse mortelle ou marquer l'évolution d'une tuberculose aiguë au subaiguë. »

L'optimisme a enfin disparu des ouvrages les plus récents. M. TISSOT parle notamment de la pleuro-tuberculose primitive qui a le même pronostic imprévisible que les autres manifestations de primo-infection (M. APERT disait en 1926: la pleurésie tuberculeuse partage la bénignité du pronostic de la pleurésie séreuse aiguë!). Elle est souvent suivie de rechutes in-situ ou du côté opposé, quelquefois d'une succession de manifestations pleurales et péritonéales. Dans un cas que nous avons observé personnellement chez un jeune homme de 19 ans, elle a abouti à la méningite mortelle après une année de rechutes successives.

Il cite aussi l'érythème noueux :

« Nous sommes loin de penser que les suites de l'érythème noueux soient bénignes. » Les manifestations viscérales tuberculeuses consécutives fréquentes sont aussi graves que celles qui suivent les autres formes de primo-infection. La même vigilance et la même réserve sont nécessaires.

Fréquence de l'érythème noueux dans les pays scandinaves (WALGREN, 1933), souvent suivi d'apparition de localisations méningées dans les trois mois, ou de localisations pleurales dans les six mois, ou de localisations pulmonaires dans l'année qui suit.

« Il y a donc un mécanisme naturel par lequel l'organisme humain s'efforce de venir à bout de l'infection tuberculeuse. Il ne joue pas toujours, et quand il joue, c'est rarement avec une efficacité complète et durable. » (RIST.)

Une statistique de 1936 montre que, dans la région parisienne, sur 100.000 enfants, il meurt de tuberculose :

145 enfants entre 0 et un an;

96 enfants entre un et quatre ans.

PÉHU et DUFOUR considèrent la tuberculose du nourrisson comme très grave. Si cette gravité est moins absolue qu'autrefois, ce n'est pas par suite des modifications de la virulence de la maladie, mais parce que on a reconnu, grâce à la cuti-réaction, des formes plus bénignes (nous ajouterons quant à l'avenir immédiat) qui n'auraient pas été diagnostiquées autrefois.

Voici les conclusions auxquelles ils arrivent et les statistiques qu'ils publient :

— DORA MANTOUX, mortalité pour les tuberculoses des nourrissons :

75 p. 100 de 0 à 6 mois.

54 p. 100 de 6 à 12 mois,

40 p. 100 de 12 à 18 mois,

28 p. 100 de 18 à 24 mois.

— FRANKENAU :

88 p. 100 de mortalité de 0 à 6 mois.

73.5 p. 100 de mortalité de 6 à 12 mois.

— M. RIBADEAU-DUMAS : 80 à 85 p. 100 de mortalité.

80 à 85 p. 100 de mortalité.

— BANZA : sur 129 nourrissons tuberculeux suivis dès le début, 40 p. 100 seulement ont atteint l'âge de deux ans, etc...

Pour MM. DEBRÉ et JOANNON, on est en droit d'espérer que le nourrisson survivra à l'infection tuberculeuse s'il ne présente pas de signe de tuberculisation six mois après le contact infectant : or, ces tuberculoses latentes

ne représentent seulement que 15 p. 100 des cas de tuberculose de nourrisson !

Le pronostic est également défavorable chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent :

« A l'âge scolaire et préscolaire, s'accroissent les chances de primo-infections légères et espacées » (on a trop compté sur la « chance » jusqu'à présent) « qui procurent l'immunité, *mais cette immunité paraît n'être pas d'emblée assez complète* pour empêcher toujours la pénétration de bacilles dans la circulation » (RIST).

« Chez le jeune adulte, une proportion plus importante qu'on ne le croyait naguère de cas de tuberculose est due à la primo-infection, celle-ci se trouvant reculée du fait des mesures prophylactiques prises pour l'enfance, au delà de l'adolescence. Le plus grand nombre de ces primo-infections tardives sont bénignes et n'ont d'autres manifestation apparente que le virage de la cuti-réaction. *Mais nous avons appris à en connaître de plus sérieuses*, en particulier chez les jeunes adultes, étudiants en médecine, élèves infirmières.

« La morbidité est élevée précisément chez ceux qui rencontrent pour la première fois le bacille tuberculeux dans des conditions défavorables. »

Les conditions défavorables sont pleinement réunies dans la période que nous traversons.

A l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière à Paris (promotion 1935-37), 44 élèves à cuti-réaction négative font virer leur cuti en cours d'études ; 6 d'entre elles sont atteintes de formes sérieuses de tuberculose (proportion importante de 14 p. 100). Encore faut-il ajouter que les élèves de la Salpêtrière sont soigneusement exclues des services de tuberculose.

A l'Ecole d'infirmières d'Ulleval, où les élèves passent dans les services de phtisiologie, HEIMBECK rapporte pour les cuti-réaction s'étant positivées :

une morbidité tuberculeuse de 34 p. 100,

une mortalité de 3,6 p. 100.

Toutes ces statistiques nous prouvent que l'on commence à prendre la primo-infection en considération. Mais si l'on s'aperçoit que c'est contre elle que doivent porter les efforts si l'on veut faire reculer la tuberculose, les efforts à présent n'ont porté que sur le dépistage.

« J'ai souvent répété depuis plusieurs années que l'avenir des sujets qui viennent de subir leur primo-infection dépend, dans une très large mesure, de la manière dont cette primo-infection sera dépistée, surveillée, et *traitée*. » (COURCOUX.)

Le traitement demeure souvent inexistant, insuffisant toujours.

LES TRAITEMENTS HABITUELS : LEUR INSUFFISANCE

Qu'oppose-t-on à toutes ces formes de la maladie tuberculeuse à son tout début? une thérapeutique symptomatique décevante ou inefficace, des préceptes d'hygiène qu'il n'est pas toujours aisé de suivre, un bouleversement long et complet de la vie du petit malade et de son entourage :

« Que prescrivons-nous, confrères, à nos malades qu'une tuberculose sévère vient de frapper? Le repos prolongé que, depuis BREHMER, on a érigé à la hauteur d'une médication. Or la société ne peut subsister que par le travail. Que proposons-nous à la jeune mère pour éviter qu'elle contamine son enfant? une séparation atroce. » (TROISIER.)

La conduite habituelle vise uniquement à soutenir l'état général, et si l'enfant guérit, c'est plus une question de chance que de médication.

Aucun médicament chimique. Il n'est pas question d'avoir recours aux sels d'or, alors qu'ils sont déjà si discutés et non sans danger pour la tuberculose de surinfection.

Il y eut la vogue des piqûres d'eau de mer qui « guéris-

sant toutes les maladies guérissaient naturellement aussi la tuberculose » (RIST).

On a fondé tout son espoir sur les régimes : on a préconisé la suralimentation à outrance, quantitative bien entendu. Aucun résultat, mais pour beaucoup des intoxications digestives chroniques de haute gravité.

M. SERGENT est le protagoniste de l'enrichissement nécessaire de l'organisme en sels de calcium. La déficience du taux de ce corps serait l'obstacle principal à la guérison spontanée de la tuberculose.

C'est un traitement qui est peu discuté. Il est admis par presque tous. Mais on n'a pas la prétention d'englober le BK dans une muraille calcaire pour empêcher sa diffusion dans la circulation.

Le calcium est un des éléments minéraux les plus importants qui entrent dans la constitution des êtres vivants. Sa forme primordiale serait la forme soluble et circulante, en partie ionisable, et dont la présence serait indispensable à un grand nombre de fonctions importantes.

Il s'agit alors là d'une médication générale. Ce n'est pas un traitement spécifique. Si son action peut être estimée comme un bon adjuvant, le calcium ne peut constituer à lui seul la lutte contre la maladie.

Sans oublier qu'il ne suffit pas de donner du calcium en grandes quantités comme le font de trop nombreux praticiens, il faut encore le donner de telle façon qu'il puisse être assimilé et utilisé, ce que beaucoup oublient.

Enfin, tout récemment, on paraît ne plus vouloir l'utiliser que loin des poussées aiguës (TURPIN).

Le meilleur traitement paraît être l'huile de foie de morue. En plus de sa vertu alimentaire, elle aurait un pouvoir bactéricide très net (CAMPBELL et KIEFER). Elle serait donc presque un traitement spécifique ! N'allons pas si loin.

Nous ne savons pas si les vitamines, présentes en elle, sont un facteur de cette action. En tout cas les vitamines

données seules sous formes concentrées, telles qu'elles existent actuellement dans le commerce, ne nous ont pas paru amener de transformation de la maladie (service de M. le Docteur JACOB à Saint-Antoine).

Citons rapidement la lécithine, la cholestérine (en petites proportions dans la bile qui, d'après M. LEMOINE, de Lille, aurait également un intéressant pouvoir bactéricide: le B.C.G. n'est-il pas obtenu avec un bacille de Koch atténué par passages successifs sur bile?), l'arsenic et tous les dérivés arsenicaux.

Nous sommes là en présence de médicaments qui peuvent être excellents. Ils ont sur le jeune organisme envahi par les bacilles, un rôle de soutien non négligeable, mais ils n'ont pas le pouvoir de s'attaquer au mal lui-même.

Quant à la suralimentation, qualitative, elle n'est pas un traitement. Elle est loin d'être facilement réalisable aujourd'hui! Il ne s'agit pas de préconiser des mesures théoriques que beaucoup d'ouvrages citent les uns après les autres sans vouloir se donner le mal de voir si elles sont applicables. Dans la période actuelle, c'est de réalité que nous avons besoin et de mesures possibles à prendre.

Que dire du repos et de l'aération?

Ils sont les meilleures choses s'ils sont bien menés. Cette restriction indique déjà qu'ils ne le sont pas toujours.

Il ne peut y avoir traitement de la tuberculose s'il n'y a pas repos. Comme dit G. KUSS: « l'évolution de la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'un état de déchéance de l'individu, qui maigrit, se consume et dont les forces déclinent; l'organisme est en faillite, il perd plus qu'il ne gagne; la lutte contre la maladie sera vaine si ses dépenses exagérées ne s'arrêtent pas, si ses pertes ne sont pas compensées. Les réserves d'énergie apportées par la nourriture doivent être employées avec une stricte économie; il ne faut pas les user par un travail inutile. »

Ce repos est le complément indispensable de tout traitement et doit être suffisamment prolongé, même lorsque

tout signe clinique est éteint. Mais nous ne dirons pas qu'il constitue à lui seul un traitement.

La cure d'aération est la compagne du repos. Mais aération ne signifie pas forcément séjour à la campagne. On devient tout aussi bien tuberculeux à la campagne qu'à la ville. La vie au grand air est un non-sens si elle n'est pas une vie de repos.

« On envoie les malades aux champs, à la forêt, à la montagne ou à la mer. On leur laisse croire qu'il suffit de mener une existence rustique, au besoin un peu rude... Une localité donnée ne vaut que par les facilités qu'elle procure à la cure de repos et d'aération. » (RIST).

Cette aération équivaut pratiquement à la séparation de l'enfant de sa famille. Le préventorium est la somme : repos + séparation.

Malgré tous les progrès sociaux dont nous disposons maintenant et les différentes œuvres qui luttent contre la tuberculose, cette séparation n'est pas toujours facile. Quand elle est possible, elle n'est pas toujours acceptée. C'est une chose qui arrive assez souvent. Le praticien ne doit pas abandonner son petit malade et doit rechercher le moyen de le guérir quand même, malgré les conditions défavorables dans lesquelles il entame la lutte. Sa victoire n'en sera que plus magnifique.

L'aération enfin, quand elle est réalisable, ne peut venir qu'après la guérison du petit malade. Ce qu'il faut d'abord, c'est le *guérir*. L'aération, ensuite, viendra pour consolider la guérison.

On est allé jusqu'à préconiser le pneumothorax pour les lésions pulmonaires massives en supposant que la compression pourrait agir ! Les processus de caséification résistent à la compression. Comment pourrait-on espérer un résultat de la compression de la lésion ganglio-pulmonaire initiale ! Ceux qui en sont partisans ne le préconisent d'ailleurs que comme pis-aller en espérant qu'il pourra « peut-être donner quelque chose » (PÉHU et DUFOUR).

C'est peu demander à une thérapeutique qui jusqu'à présent a été de celles qui ont donné les meilleurs résultats pour la tuberculose ancienne.

Les progrès de la science n'ont été que pour la tuberculose arrivée au stade ultime. Chaque jour qui passe voit éclore de nouvelles techniques chirurgicales pour la phtisiologie. La chirurgie parvient à prolonger de malheureux déchet humains, parfois pendant plusieurs années.

Alors devons-nous attendre que l'enfant soit devenu un de ces innombrables chroniques qui encombre les salles d'hôpitaux, les dispensaires, les sanatoria, pour essayer d'améliorer provisoirement son sort ?

Devons-nous attendre qu'une caverne creuse son poumon pour essayer une thérapeutique alors que nous serons restés jusque-là impassibles et inactifs devant les progrès du mal ?

La primo-infection est-elle donc au-dessus de nos ressources ?

RECHERCHE D'UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

On n'a vraiment lutté efficacement contre la diphtérie qu'à partir du jour où, muni du sérum et de l'anatoxine, on a pu enrayer dès le début la maladie.

Celui qui aujourd'hui ne connaîtrait comme traitement que le tubage ou la trachéotomie et attendrait pour cela la survenue du croup ou qui même, simplement, resterait les bras croisés devant son petit malade, en comptant sur sa « chance » de se tirer de là, serait un criminel.

Celui qui se contenterait de lui administrer des médications symptomatiques et des fortifiants, serait jugé comme un incapable.

Et pourtant ! c'est bien l'attitude que l'on a devant la primo-infection. On s'efforce de la dépister, d'en faire le

diagnostic, mais quand il faut agir, on reste timide et on se refuse.

N'existe-il donc pas une substance véritablement spécifique qui puisse prendre le bacille de Koch à la gorge, dès le début?

KOCH, le premier, a eu l'illusion d'en posséder une dans la tuberculine. Il a cru voir en elle le véritable remède de la tuberculose. L'idée était bonne puisqu'il s'agissait d'un poison issu du bacille. Le moyen était donc bien spécifique. Les résultats furent désastreux.

Ceux qui l'ont reprise récemment et essayé de la remettre en faveur, demeurent excessivement timides. Ils ont bien soin de ne pas la conseiller pour la tuberculose jeune. Ce serait pour eux aller au devant d'un danger extrême.

Ses échecs anciens, sa non-indication manifeste dans la primo-infection, ses dangers fréquents et redoutables, ont retenti *a priori* sur tous les produits qui, comme elle, avaient l'intention de faire œuvre de spécificité vis-à-vis du B. K.

C'est ainsi que l'allergine de JOUSSET a été rejetée systématiquement et d'emblée, parce que considérée comme un produit analogue à la tuberculine, elle devait entraîner automatiquement des résultats analogues.

Où alors, on lui a demandé de faire des miracles. Ignorants des travaux de JOUSSET, on lui a demandé de guérir le vieux cavitairé quand, après avoir tout essayé, il était trop tard pour pouvoir espérer quoi que ce soit, et on n'a rien obtenu. On lui a demandé de guérir la méningite, inguérissable, et la méningite n'a pas guéri.

Nous avons voulu rechercher impartialement si ce « tolle » devait persister et les raisons des échecs qu'on pouvait lui imputer.

Nous nous sommes adressés aux écrits de JOUSSET lui-même et aux praticiens qui, marchant sur ses traces en demeurant modestement dans l'ombre, utilisent journellement l'allergine, sans publicité et en ont l'expérience indiscutable.

Et nous avons été tout étonnés de voir que l'allergine n'était pas la tuberculine. Mais que surtout elle devait être le traitement type de la primo-infection, parce que s'adressant aux défenses mêmes de l'organisme, qu'elle sollicite.

Et voyant alors beaucoup plus loin, il est venu en nous l'immense espoir d'un monde sans tuberculose, d'une société définitivement débarrassée de toute cette tare, amenée par la négligence des uns et l'ignorance des autres.

Le vrai sens de la lutte antituberculeuse doit se faire dans cet esprit.

La médecine curative cède peu à peu le pas à la médecine préventive.

En tuant la tuberculose à son éclosion, on fait de la médecine préventive. Et la plus utile de toutes, puisqu'elle s'adresse au principal fléau dont nous souffrons.

Les résultats que donne l'allergine de JOUSSET n'existent avec aucune autre thérapeutique. C'est elle qu'il faut appliquer pour guérir la primo-infection. Actuellement, nous ne connaissons aucune autre substance qui puisse donner la même satisfaction.

Mais pour savoir s'en servir, il faut la bien connaître.

TUBERCULINE ET ALLERGINE

Nous avons pensé tout d'abord qu'il était inutile encore une fois de parler de la tuberculine à propos de la primo-infection. Mais tous les ouvrages que nous avons consultés, outre qu'ils nous ont montré effectivement le rejet de la tuberculinothérapie en général et en tout cas sa contre-indication pour les formes jeunes de la tuberculose, ont préconisé également l'exclusion, sans discussion, de tous les produits « analogues » plus ou moins « dérivés » d'elle, de tous les « vaccins » ; et ceci dans les publications les plus récentes.

Il nous est donc absolument nécessaire, et nous ne pensons pas enfoncer de portes ouvertes, de rappeler ce qu'est exactement la tuberculine et son opposition avec l'allergine, opposition de nature, opposition d'indications qui entraînent une opposition fondamentale de résultats.

Et c'est bien là, en effet, la conclusion à laquelle on doit aboutir si l'on veut bien ne pas se cantonner à un examen rapide et superficiel.

La comparaison entre les deux produits a été trop longtemps maintenue. Il est indispensable de la briser une fois pour toutes.

LA TUBERCULINE DE KOCH ET LES TUBERCULINES ACTUELLES

Le Bacille de Koch sécrète deux sortes de poisons :

— les poisons insolubles dans les excipients aqueux de l'organisme, dits encore poisons adhérents ou locaux.

— les poisons solubles ou diffusibles: les tuberculines.

Après la découverte du phénomène qui porte désormais son nom et dont il ne paraît d'ailleurs pas avoir pressenti lui-même toute l'importance, Robert KOCH, pressé de découvrir un remède à la tuberculose, chercha à extraire la substance, toxique à doses élevées qui, selon lui, devait à faibles doses être curative et qu'il nomma tuberculine.

Pour l'obtenir, il lui suffit d'ensemencer avec un fragment de culture de bacille du bouillon de bœuf légèrement alcalinisé, de stériliser après obtention d'un voile et de réduire au dixième du volume primitif pour obtenir un liquide brun sirupeux à odeur aromatique: c'est l'alt-tuberculine (T. A.).

On a voulu récemment perfectionner le produit. Et c'est ainsi qu'on a ajouté:

— les tuberculines précipitées, tuberculines de Koch précipitées dans l'alcool dilué, puis à nouveau redissoutes dans l'eau.

— les émulsions de bacilles morts, broyés dans des liquides inertes (T. O. et T. R. de Koch).

— les extraits alcalins ou acides de bacilles morts.

— les bouillons de culture filtrés sur bougie.

Toute cette énumération, sans intérêt, faite surtout pour montrer la nature des tuberculines qui sont toutes des produits endo ou exo-toxiques extraits du bacille tuberculeux, quand elles ne sont pas le bacille tuberculeux lui-même.

L'ALLERGIE DE JOUSSET

Les intentions de JOUSSET, quand il a cherché un produit efficace, non dangereux, différent de la tuberculine, mais spécifique, se trouvent dans ces lignes qu'il a écrites:

« Si l'allergie ne se confond pas exactement avec l'immunité, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'existe que dans les opérations qui la préparent.

« Nous estimons, d'accord avec VAUDREMER, que dans tout essai sérieux de prévention antituberculeuse expérimentale, l'élimination de la tuberculine est la condition première du succès.

« La tuberculine est incapable, à moins de doses formidables et répétées, non maniables en thérapeutique, de créer l'allergie comme le B. C. G.

« La présence de B. K. n'est nullement nécessaire dans un organe pour le déclenchement des réactions tuberculini-ques. »

JOUSSET s'est donné cette ligne de conduite de respecter deux obligations fondamentales :

1° Obtenir un produit *antigénique* ;

2° Obtenir un produit *inoffensif*.

Donc isoler la substance sans trop heurter le bacille, les antigènes microbiens étant éminemment fragiles et d'autre part la dépouiller des éléments solubles et insolubles qui confèrent au BK sa nocivité, c'est-à-dire :

— d'abord éliminer la tuberculine ;

— ensuite rejeter les poisons cireux et nécrosants de valeur antigénétique médiocre et adhérents aux corps microbiens.

L'extraction se fait à partir de bacilles humains ou bovins particulièrement sélectionnés, extrêmement virulents, tués, lavés (élimination de la tuberculine) puis traités par des moyens mécaniques. On obtient un liquide ambré transparent dépourvu de corps bacillaires.

EFFETS EXPÉRIMENTAUX DE L'ALLERGIE

L'injection sous-cutanée d'allergine à l'animal sain provoque d'abord un œdème douloureux et de la température qui dure pendant une semaine.

Avec la tuberculine, absolument aucun effet.

La répétition des injections amène une suppuration importante, puis de la nécrose et un délabrement intense des téguments, suppuration et nécrose qui ne sont pas dues aux rares bacilles qui pourraient rester dans l'allergine, car la tuberculine qui contient toujours des bacilles morts, et en nombre parfois considérable, ne les provoque pas.

— Toxicité générale, variable avec la résistance de chaque individu. Les injections massives et répétées, entraînent des dégénérescences viscérales graves, surtout une stéatonécrose hépatique, tout comme la toxine diphtérique non formolée, toxicité jamais signalée pour la tuberculine.

Cette toxicité générale expérimentale est la propriété justement souhaitable :

« Les effets locaux et généraux de l'allergine, à dose expérimentale, ne doivent en rien détourner de son emploi thérapeutique. Tout au contraire. L'expérience démontre que les substances inertes font de médiocres antigènes.

« On sait par contre les magnifiques résultats que donnent les toxines diphtériques et tétaniques, poisons redoutables, dans la thérapeutique active et passive de la diphtérie et du tétanos. On sait également que, sous leur forme anatoxinique, ces deux poisons ne donnent de bons vaccins qu'à la condition d'être initialement très meurtriers. L'anatoxine n'est bonne pour l'immunisation que si elle dérive d'une toxine énergique. »

— Son injection à l'animal entraîne des propriétés antigéniques. En effet, injectée au cheval pendant au moins une année, elle permet d'obtenir chez lui une résistance marquée au poison bacillaire, par l'obtention d'un sérum antitoxique présentant tous les caractères spécifiques requis par les antisérums en général : floculation, agglutination, déviation du complément.

— Pouvoir thérapeutique réel *quand on l'emploie à la phase initiale fébrile ou fluxionnaire de la tuberculose*, période où dominent les symptômes d'intoxication bacillaire.

— Elle n'est pas un vaccin: cette toxine ne crée pas une immunité bacillaire durable; pas d'état réfractaire durable à l'égard du B. K. Expérimentalement le cobaye neuf préparé par l'allergine résiste plus longtemps que les témoins à la tuberculisation expérimentale.

Aucune comparaison avec l'anatoxine de RAMON à l'égard du bacille diphtérique. L'allergine n'atteint pas le microbe lui-même. Elle ne peut qu'augmenter la résistance de l'individu au poison.

En résumé, c'est une endotoxine: toxine parce qu'elle a les caractères physiques, chimiques, biologiques des toxines: toxicité, fragilité, propriété colloïdales, inflammatoires et thermogènes, pouvoir antigénique et sensibilisant; endotoxine parce qu'elle ne diffuse pas et doit être extraite « de force » des corps bacillaires eux-mêmes.

APPARENCES D'ANALOGIE

Chez l'animal tuberculeux, la cuti-réaction à la tuberculine révèle la tuberculose. L'allergine jouit des mêmes propriétés, avec des réactions un peu moins vives, mais tout aussi spécifiques.

Identité des cuti-réactions, des intradermo-réactions, des réactions locales et générales.

Tout ceci témoigne simplement d'une communauté d'origine, d'une parenté indiscutable.

REJET DE LA TUBERCULINOTHÉRAPIE

Les espoirs que KOCH avait mis dans la tuberculine ont été vains. Les propriétés curatives qu'il croyait lui avoir trouvées et qui devaient suivre automatiquement les réactions focales et générales provoquées par son injection à un sujet déjà tuberculeux, par régression importante des foyers tuberculeux jusqu'à la guérison, ne sont pas soutenables.

« Loin de guérir la tuberculose, la tuberculine en aggrave considérablement l'évolution dans la grande majorité des cas. » (RIST).

Depuis les désillusions de KOCH, il y a eu un renouveau en faveur de la tuberculinothérapie, surtout sous l'impulsion de SAHLI, de Berne, et d'autres médecins étrangers, mouvement beaucoup plus timide en France.

Ceux-ci ont modifié la technique de KOCH. Ils ont conseillé de commencer par des doses infinitésimales, incapables de donner une réaction générale ou focale, puis d'augmenter avec la plus grande prudence, toujours très timidement, de façon à toujours éviter ces réactions.

« Une thérapeutique intradermique, conduite sans précaution, peut, comme les injections sous-cutanées de tuberculine, produire des phénomènes généraux et focaux graves.

« L'art du traitement par la méthode intradermique réside justement dans la possibilité d'éviter ces réactions en observant l'intradermo-réaction.

« J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit nullement du traitement de cas à début aigu, car ces cas ne se prêtent sous aucune condition à la tuberculinothérapie. » (SAHLI).

Et SAHLI préconise toute une méthode de prudence, basée sur l'examen concomitant de l'intradermo-réaction, la réduction de la dose si l'injection a provoqué le jour ou le lendemain une réaction générale quelconque et « tout particulièrement une élévation de température en relation certaine avec l'injection, même si cette élévation ne dépasse pas 0°,2 ou 0°,3 ».

Bref, il ne faut l'entreprendre, disent ses partisans, que très loin des épisodes aigus, en écartant les réactions qui risqueraient d'agir sur le foyer.

Ce n'est donc pas un traitement possible de la primo-infection.

LES REPROCHES ADRESSÉS A LA TUBERCULINOTHÉRAPIE NE DOIVENT PAS S'ADRESSER A L'ALLERGINOTHÉRAPIE

JOUSSET disait que lorsqu'on parle de tuberculinothérapie, il s'agit d'un traitement dangereux, illogique, inefficace :

— Dangereux ; malgré toutes les prudences auxquelles SAHLI et ses disciples obligent. Il y a danger parce que, ou il faut obtenir la réaction focale pour avoir l'action curative (celle-ci semblant toujours liée à celle-là) et on entre dans le coup de fouet dangereux qui, comme le dit SAHLI lui-même, accélère l'évolution, ou on reste à ces très petites doses qui n'entraînent aucune réaction focale et on est obligé, par l'apparition d'une accoutumance à la tuberculine, d'augmenter rapidement la posologie et de retomber dans le danger à éviter.

— Illogique ; l'injection de bacilles morts ou modifiés par divers réactifs, véritable vaccination au sens jennérien du mot, est illogique.

C'est une méthode inapplicable à la maladie déclarée et on ajoute à un organisme qui lutte avec peine contre une maladie en cours une intoxication supplémentaire telle qu'il sera achevé par le poison thérapeutique qu'on lui impose, ou s'il est capable à plus forte raison de triompher de cette dose double, il est capable de triompher de la maladie elle-même et l'intervention est néfaste ou superflue.

Le cas de la rage, où l'on vaccine après le contact infectant n'est pas une exception. Quand on injecte le vaccin antirabique, la personne mordue, du fait de la très longue durée qui s'écoule avant l'apparition des premiers symptômes nerveux, n'est pas encore imprégnée de virus.

La loi est générale et on ne vaccine pas contre une maladie déclarée.

— Inefficace : « La méthode de SAHLI, en évitant les

réactions focales pour parer aux dangers de la tuberculine, prive ne même temps ce remède de son unique efficacité. » (RIST).

Du fait de l'exclusion de tout tuberculeux fébrile de tout traitement par la tuberculine, on reconnaît son impuissance vis-à-vis de la tuberculose active. Si même, pour les tuberculoses torpides, on parle le plus souvent de traitement « bien supporté », ce qui est un bien médiocre complément pour une médication spécifique, à plus forte raison n'ose-t-on plus en parler pour traiter la maladie jeune, naissante et aiguë.

Les doses infinitésimales sont inutiles. Les doses plus importantes sont dangereuses. La tuberculine ne peut s'attaquer à la tuberculose au moment où il est le plus utile de l'attaquer.

Peut-on alors adresser les mêmes reproches à l'allergine ?

— Dangereuse : elle a été étiquetée dangereuse par ceux qui l'ont employée comme un pis-aller, toujours trop tard, après de nombreuses autres thérapeutiques, sur un organisme devenu incapable de faire les frais d'une réaction de défense, si minime soit-elle.

L'allergie qu'elle prétend amener n'est pas l'immunité elle-même, mais une « certaine capacité défensive » vis-à-vis du bacille, c'est-à-dire une stimulation des défenses de l'organisme.

Nous verrons qu'on lui demande de provoquer chez le malade une nouvelle position, l'allergie, qu'on ne pourra obtenir que si l'on frappe tout de suite, dès l'entrée en scène de la maladie, au moment où l'individu peut encore profiter de cette aide qu'on lui apporte et participer à sa propre défense comme acteur et non comme simple spectateur.

L'allergine injectée à un organisme neuf le rend réceptif à la cuti-réaction (JOUSSET, 25 mai 1915) tout comme

s'il était infecté par le bacille et « ceci avec un danger nul, la substance en question étant complètement avirulente ».

Quand un sujet devient tuberculeux, il devient légèrement allergique au début. S'il reçoit en supplément l'allergine, il y a obtention d'effets puissants par cumul. Il y a en même temps réactivation des foyers malades, réactivation qui traduit la lutte contre la maladie.

L'intensité de cette réactivation, de cette réaction dépend bien plus du malade que de la substance injectée. Elle paraît en rapport également avec l'étendue du foyer tuberculeux, d'où nécessité de la secousse réactionnelle.

Il faut redouter l'inertie réactionnelle qui ne présage que des désastres. Il faut évidemment éviter les réactions fébriles trop prolongées. L'allergisation, mal menée, peut constituer, comme toutes les médications actives confiées à des mains imprudentes, une arme à double tranchant.

Puisqu'il y a recherche de réaction, de réponse, il y a forcément fatigue au début. L'action élective de l'allergine sur le myocarde est tout à fait transitoire et ne se traduit au maximum que par une légère hypotension passagère.

— Illogique: il n'est pas question de la comparer à une anatoxine. Il ne s'agit pas de vaccination. L'allergine veut renforcer, quand l'organisme est déjà atteint, sa possibilité de résistance, et ceci d'une façon particulièrement spécifique, parce que, issue du Bacille de Koch, elle doit aider à la lutte contre ce même bacille.

— Inefficace: elle doit transformer une tuberculose naissante dangereuse en une tuberculose cicatrisée, inoffensive.

Peut-on parler de guérison? Bien qu'avec le bacille de Koch on puisse paraître bien osé de parler d'une situation définitivement établie et assurée, nous croyons qu'une amélioration rapide, maintenue après de nombreuses années, quel que soit le genre de vie menée ensuite par le sujet, la transformation d'un enfant malingre en un adulte normal, peuvent être appelées *guérison* sans excès.

L'amélioration initiale a besoin, pour durer, de la prolongation du traitement. Elle devient définitive avec un traitement mené correctement.

Le mode intime de l'action de l'allerginothérapie serait, d'après JOUSSET, un certain degré d'immunisation, amené par ses propriétés antigéniques, une stimulation du foyer qui répondrait par une décharge de ses poisons, mobilisation créant une sorte d'autovaccination, de qualité supérieure à celle amenée par l'allergine elle-même.

Sans pouvoir vérifier ce mécanisme intime, bornons-nous plus simplement à constater ses effets immédiats et tardifs sur la primo-infection.

Précisons enfin qu'il ne s'agit nullement d'une médication de choc. Les injections d'allergine ne donnent aucune des réactions habituelles de la colloïdoclasie: On ne retrouve après elle aucune réponse violente, rapide qui caractérise le choc; et surtout aucun des effets cliniques ou hématologiques qui lui sont propres.

La médication de choc est absolument néfaste chez les tuberculeux. Elle paraît être universellement abandonnée.

L'allergine est donc loin de la tuberculine, quant à sa nature, quant à son application, quant à son efficacité.

La tuberculine est, pour ceux qui croient encore en elle, et ils sont peu nombreux, un médicament *possible* contre la vieille tuberculose, avec très peu souvent espoir de guérison.

L'allergine est le médicament *certain* de la tuberculose jeune et elle amène indiscutablement la guérison.

L'amélioration, temporaire au début, consolidée par un traitement suffisamment prolongé, devient définitive, et dans tous les cas où tout autre moyen thérapeutique échouerait.

L'ALLERGINE: MÉDICAMENT-TYPE DE LA PRIMO-INFECTION

L'allergine n'est donc pas une substance chimique quelconque qu'on apporte à l'organisme et à laquelle on demande la destruction du microbe. Elle est bien mieux. Sa nature même, à partir du bacille tuberculeux, est un argument en faveur de son utilisation contre lui.

Son mode d'action, sollicitant une participation du malade à sa propre défense, paraît devoir l'indiquer particulièrement dans les cas où justement celui-ci peut encore y participer, où il n'est pas encore submergé par le mal, où celui-ci n'a pas encore constitué de lésions étendues et irrémédiables, où l'individu a encore toute sa capacité de résistance.

La clé du traitement est la constitution d'un terrain particulier. « C'est plus de leur propre substance que de la virulence des germes en cause que dépend l'avenir des tuberculeux. » (BOQUET).

Franck TISSOT insiste lui-même particulièrement sur cette question du terrain :

« C'est l'insécurité qui est la règle. Ce n'est pas dans l'aspect de la maladie qu'il faut chercher des indications pronostiques rigoureuses. Il faut s'assurer de l'avenir par les soins dont on entoure l'enfant. Pour le reste, c'est *affaire de terrain* et de réactions individuelles...

« Le problème du traitement de la primo-infection est donc complexe: il faut en premier lieu dépister, en second lieu mettre le sujet dans les meilleures conditions pour qu'il puisse se défendre. »

Et plus loin :

« Allergie et immunité sont deux notions qui se superposent et sont parallèles. Les études faites permettent toutes de conclure que les sujets allergiques se montrent beaucoup moins vulnérables que les sujets anergiques.

« Ce fait fondamental a des conséquences prophylactiques formelles qui se résument dans le dilemme suivant : ou bien écarter les non-allergiques du commerce habituel des tuberculeux, ou *provoquer l'état allergique.* »

N'est-ce pas là tout le programme de l'allergine ? Modifier le terrain en provoquant l'allergie. Elle remplira d'autant plus facilement son programme que la maladie est à son début. A ce moment, l'individu peut lutter.

Rien ne sert de donner une arme à un individu s'il ne sait pas ou ne peut pas s'en servir. L'allergine doit entraîner l'éclosion de l'allergie, d'autant plus rapidement que la maladie est jeune : l'arme est puissante et toutes les chances de triompher sont du bon côté.

Sans compter l'immense bénéfice que l'on peut ainsi rendre à la société en luttant efficacement contre la tuberculose quand elle n'en est qu'à ses débuts. Son encombrement par la grande foule des tuberculeux chroniques demeurera un problème sans solution tant qu'on attendra que la maladie fasse de l'individu un chronique pour le traiter.

Rappelons encore une fois le cri d'alarme de M. COURCOUX sur la recrudescence et l'aggravation des primo-infections dans les moments difficiles que nous traversons :

« Devons-nous assister en simples spectateurs aux phases cachées ou apparentes, bénignes ou graves de la primo-infection ? »

Il faut sauver l'individu quand il vaut le plus la peine d'être sauvé. Sauvons l'enfant, nous en ferons un adolescent sain, puis un adulte vigoureux et sauvons-le avec les moyens efficaces que nous avons à notre disposition.

L'ALLERGINOTHERAPIE

LES RESULTATS

LES EFFETS IMMÉDIATS

Les effets immédiats de l'allerginothérapie sont suffisamment importants et intéressants pour nous arrêter un instant.

Suivons pour cela JOUSSET lui-même. Nous nous rapporterons aussi quelquefois à notre expérience personnelle, malheureusement encore bien réduite sur ce sujet.

L'injection d'allergine va déterminer chez le petit malade trois sortes de réactions: une réaction locale, peu importante; une réaction focale, le principe même du traitement; une réaction générale, corollaire de la précédente.

Réaction locale: en générale, aucune douleur à la piqûre; sauf peut-être s'il s'agit des solutions concentrées, douleur très supportable, qu'on retrouve avec tout médicament, donné sous une concentration importante.

Le lendemain, tuméfaction sensible au point d'injection, non obligatoire, avec quelquefois aréole lymphangitique. Réaction locale fugace et vite atténuée. Assez marquée au début du traitement, elle disparaît en général avec la succession des piqûres et ne se reproduit plus. Si l'on répétait toujours les injections au même point, on pourrait avoir formation d'un abcès aseptique.

Réaction focale: réaction recherchée. Elle traduit le mécanisme qu'on demande au malade de mettre en vigueur.

C'est une stimulation des foyers malades, à caractère vraiment électif, qui doit entraîner une véritable libération de poisons à partir du foyer même, libération qui doit amener une augmentation de la possibilité de défense de l'individu et qui se traduit par les signes généraux que nous verrons plus loin.

Signalons en passant que JOUSSET a cru voir dans cette réaction focale une possibilité d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux, alors que cette expérience avec la tuberculine, possible en médecine vétérinaire, ne l'est pas en médecine humaine, étant donné ses dangers.

Cette réaction focale va se manifester par une accentuation variable, en général légère, des signes fonctionnels et physiques.

Elle varie avec chaque malade, chacun réagissant suivant son tempérament propre et ses possibilités. Elle varie avec chaque localisation.

C'est ainsi qu'on peut avoir une accentuation légère des signes pulmonaires, augmentation provisoire des signes d'auscultation, qui seraient susceptibles de troubler l'esprit du médecin non prévenu :

« Cette poussée n'est qu'un phénomène toxique sans lendemain ; qui n'a aucun rapport avec les poussées extensives spontanées qui traduisent l'activité du bacille lui-même. »

Il est intéressant de signaler qu'il est possible d'assister *de visu* à la réaction focale. C'est lorsqu'il s'agit par exemple d'une lésion visible, telle un érythème noueux. On admet qu'il est dû à la mise en circulation et à l'arrêt en divers points du tégument, de bacilles issus du foyer pulmonaire initial.

Il s'agit donc de véritables embolies microbiennes, donnant des réactions inflammatoires locales et dont on peut comparer chacune à une véritable cuti-réaction tuberculeuse.

On vérifie ainsi qu'une injection d'allergine peut amener

une turgescence passagère des nodosités qui deviennent sensibles, plus chaudes et plus rouges.

La réaction focale diminue en général d'intensité avec la continuation du traitement.

Réaction générale: conséquence directe de la réaction focale, puisqu'elle traduit cette libération de produits toxiques dans l'économie.

Elle est faite d'une asthénie plus ou moins marquée dans les cas légers, de malaises, de céphalée, de nausées dans les cas où elle est plus importante. Elle apparaît plusieurs heures après l'injection et ne dure souvent que vingt-quatre ou quarante-huit heures. L'élévation thermique est souvent marquée, parfois importante, rarement nulle.

Elle paraît être d'autant plus vive qu'on est en face d'une forme plus jeune. C'est dire que, dans la primo-infection, elle pourra être assez intense et atteindre deux degrés.

Elle est surtout nette au début du traitement. Elle ne persiste que parce que justement on élève les doses.

Certains pensent qu'elle serait en rapport avec l'intensité de la cuti-réaction: maxima pour une cuti-réaction très fortement positive, minime pour une cuti seulement légèrement positive. Mais l'intensité de la cuti-réaction est-elle en rapport avec l'intensité de l'infection bacillaire ou plus simplement avec l'habituelle sensibilité du sujet à réagir à toute substance hétérogène.

On conçoit la proportionnalité entre réaction générale et intensité de la cuti-réaction si l'on admet (TROISIÈRE) que celle-ci est toujours maxima à la primo-infection.

C'est ce que nous avons vérifié nous-même dans les observations que nous citons plus loin où la cuti-réaction, dans toutes, est phycéténulaire.

Ajoutons que cette réaction générale, traduction de la réaction focale cherchée, est à souhaiter et qu'on doit la

provoquer en sachant passer opportunément aux doses de plus en plus fortes.

Mais ne croyons pas que les effets thérapeutiques seront proportionnels à sa violence. Une réaction générale trop importante ne serait plus qu'une réaction de choc, réaction qui ne doit pas être recherchée chez le tuberculeux et qui compromettrait au contraire le traitement.

C'est une notion qu'il est important de savoir; et non moins important de bien faire comprendre à l'entourage du malade; celui-ci accorde trop souvent au médecin traitant une valeur en rapport avec la réaction fébrile qu'il a donnée par son « vaccin ». Combien sont navrés de ne pas voir leur thermomètre monter à 39°, à 40°!

La persistance des réactions générales est inversement proportionnelle à l'ancienneté des lésions. Une lésion jeune, évolutive, donne donc une réaction forte, vive, brève. La répétition des injections montre sa rapide atténuation, l'organisme participant de plus en plus lui-même à la lutte contre le bacille.

LES EFFETS TARDIFS

Les effets immédiats ne nous intéressent qu'en tant qu'ils expliquent la manière d'agir de l'allergine et la réponse immédiate du malade, sans préjuger de l'avenir.

Les effets tardifs sont au contraire l'intérêt fondamental du traitement. Donner de bonnes réactions immédiates, c'est bien. Mais c'est inutile si l'amélioration qui s'en suit n'est pas durable.

Ils sont donc constitués par la transformation radicale de l'état du malade et la persistance absolue de sa guérison après plusieurs années.

N'insistons pas ici, puisque nous parlerons un peu plus loin des résultats du traitement.

Disons rapidement qu'ils se traduisent par une chute de

la température, survenant très vite, très souvent à la première injection, si le traitement a été institué précocement.

La normale est atteinte très vite dans ce cas. Elle persiste désormais, entrecoupée seulement par les crochets fébriles en rapport avec chaque piqure.

Cette normalisation de la température est la démonstration de la guérison des lésions en profondeur, car il y a en même temps disparition des souffles, des râles et, s'il y avait une localisation extra-pulmonaire, disparition de celle-ci (érythème noueux, spina ventosa).

La reprise de l'état général coïncide :

Chez l'enfant, réapparition du bon aspect, augmentation de la taille et du poids, chez l'adolescent récupération des forces, disparition de l'anorexie.

Enfin nettoyage des images radiologiques les plus chargées, les expansions congestives s'éclairent et disparaissent radicalement. Les hiles se nettoient. On a devant les yeux un image thoracique véritablement indemne de toute lésion.

MANIÈRE DE CONDUIRE CORRECTEMENT LE TRAITEMENT

La première des conditions est d'exiger un graphique soigneux et précis de la température. Ce graphique sera le guide constant et utile du praticien dans la conduite du traitement et le témoin le plus fidèle des résultats obtenus.

Le maximum de la réaction fébrile ne survient pas, chez tous les individus, dans le même laps de temps.

Chacun réagit plus ou moins vite suivant sa manière. Il faut donc recommander de prendre la température toutes les quatre heures, après chaque injection. Ainsi, on ne risque pas de passer à côté du maximum de la réaction.

Nous parlerons de la nécessité absolue du repos, absolu au début, seulement relatif ensuite.

La progression des injections ne présente aucune difficulté. Elle est assujettie à l'intensité de la réaction provoquée par la réaction qui précède.

Il n'y a là rien de bien compliqué. On retrouve les mêmes règles pour de nombreuses thérapies. Comme pour elles, c'est une question d'esprit d'opportunité qui s'acquiert avec l'expérience et doit exister chez tout médecin compétent.

On peut édicter quelques règles générales de conduite, autour desquelles on pourra demeurer.

L'allergine est dosée en général à *un milligramme* au centimètre cube. La nécessité des doses faibles du début, des doses fortes de fin de cure, ont obligé à l'adoption d'une solution diluée au dixième de milligramme par centimètre cube et d'une solution concentrée à 5 milligrammes au centimètre cube.

On se servira avec intérêt de la seringue de Barthélemy qui permet seule l'administration de doses très petites, tel le vingtième de centimètre cube.

Les injections se feront en général par voie hypodermique, à la face antéro externe de la cuisse, plus rarement par voie intramusculaire en ayant soin d'attendre le refroidissement complet de la seringue, l'allergine étant détruite par la chaleur.

Le médecin doit, seul, les faire. Sa présence est de toute façon nécessaire pour diriger le traitement et juger des doses à injecter.

Chez le nourrisson, on commencera par des doses de l'ordre du centième de milligramme, soit $1/10^{\circ}$ de cc. de la solution diluée.

Chez l'enfant: $1/40^{\circ}$ de mmgr., soit $1/4$ de cc. de la solution diluée.

Chez l'adolescent : $1/10^{\circ}$ de mmgr., soit $1/10^{\circ}$ de cc. de la solution normale.

Dans ce cas, la deuxième injection sera, quatre jours après :

$1/10^{\circ} + 1/20^{\circ}$ de mmgr., soit $3/20^{\circ}$ de cc. de la solution normale.

La 3^e: $2/10^{\circ}$ de mmgr., soit $2/10^{\circ}$ de cc. de la solution normale.

A partir de ce moment, on peut adopter le rythme suivant:

— une piqûre tous les cinq jours aussi longtemps qu'en dehors de la réaction thérapeutique, la température a son maximum au-dessus de 38° ;

— une piqûre tous les six jours lorsque le maximum est inférieur à 38° ;

— une piqûre toutes les semaines dès l'instant que la température du matin est au-dessous de 37° .

Au début du traitement, il vaut mieux rester à la même dose si la réaction fébrile est supérieure à 1° . Sinon, on peut passer à la dose supérieure.

Plus tard, lorsque l'apyrexie s'est installée de façon permanente et stable, il vaut mieux éviter les fortes réactions fébriles du début et il devient inutile de dépasser 38° .

On a ainsi, schématiquement, la progression suivante:

0 mmgr. 1, 0,15, 0,2 0,3, 0,4, 0,5, 0,6, 0,7, 0,8, 0,9
1 mmgr., 1,25, 1,50, 1,75, 2 mmgr.

en progressant par $1/4$ ou par $1/2$ milligramme pour aller jusqu'aux doses de 20-25 mmgr., soit 5 centimètres cubes de la solution concentrée.

« L'intensité du traitement d'attaque et la rapidité de la progression des doses doivent être inversement proportionnelles à l'âge de la maladie et, dans les tuberculoses jeunes, directement proportionnelles à l'acuité de son évolution. » (PÉRISSON).

Ainsi, si on s'y est pris suffisamment tôt, on peut accélérer pour atteindre rapidement la « dose offensive » si l'individu répond favorablement au traitement, et après avoir tâté sa susceptibilité individuelle.

Il ne faut pas craindre les fortes réactions fébriles du

début, ce qui ne veut pas dire qu'il faut pécher par excès de zèle. Une réaction de 1° à 1°5 paraît suffisante.

Pour les formes bénignes, il faut continuer le traitement pendant une année; durée nettement insuffisante pour les formes plus graves. Dans ces cas, il faut maintenir l'allerginothérapie pendant au moins deux ans si l'on veut des bons résultats.

On ne doit pas reprocher à l'allergine la longue durée du traitement. Ce serait une illusion que de vouloir annuler en quelques semaines et pour toute la vie une maladie de la qualité de la tuberculose.

Elle a été comparée, pour son évolution, à la syphilis. Chancres d'inoculation du début avec adénopathie similaire, puis dissémination dans toute l'économie (l'érythème noueux a été comparé à la roséole secondaire), puis phase tertiaire de localisations diverses.

Il ne viendrait à l'esprit de personne de guérir la syphilis, même prise tout au début, même avant l'apparition du Wassermann positif, par un traitement bref et rapide.

Les chances de succès n'existent que pour un traitement précoce. Mais elles sont aussi conditionnées par un traitement intense et prolongé, qui s'étage sur de nombreuses années, nécessite de longues séries d'injections quelquefois pénibles, et doit être continué longtemps après la guérison apparente de la maladie.

Le principe du traitement de la tuberculose jeune doit être le même: précocité, intensité, durée sont les conditions de son succès.

Les espoirs en la thérapeutique antisypilitique sont bien moins importants s'il s'agit de s'attaquer à une vieille lésion définitivement constituée. La guérison est au contraire assurée pour la syphilis prise tout au début quand elle n'est encore qu'une septicémie.

Nous devons espérer de même d'une thérapeutique spécifique antituberculeuse quand elle s'attaque tout au début de la maladie. Le temps perdu ne peut se rattraper.

LE REPOS CONCOMITANT

C'est une notion importante que le praticien ne doit jamais perdre de vue.

Tant que dure la pyrexie, le petit malade garde facilement, sans qu'on l'y force trop, la chambre et le lit. Ceci est facilement admis. Mais ce repos complet au lit doit être maintenu, même après la disparition complète de la fièvre.

Il paraît même devoir être maintenu d'autant plus longtemps que la maladie a revêtu une forme plus grave. On peut ainsi aller jusqu'à obliger l'enfant à rester alité encore pendant un, deux et trois mois après installation d'une température normale.

C'est seulement ainsi qu'on obtiendra les résultats désirés. Sinon on n'obtiendra rien, on ne tirera aucun bénéfice de l'allergine, si même il ne faut pas craindre une nouvelle évolution fébrile.

Il ne faudra jamais considérer l'allerginothérapie comme un traitement ambulatoire. Elle ne dispense nullement de la cure de repos associée.

Plus tard, lorsqu'on pourra commencer à parler de guérison, le repos ne deviendra obligatoire qu'après chaque injection, et cela pendant trente-six ou quarante-huit heures, d'abord au lit, puis seulement à la chambre.

Il convient de faire particulièrement attention aux sujets trop rapidement améliorés (et aux médecins trop pressés) et qu'on est enclin à considérer trop vite comme guéris.

Ceux-là reprennent trop tôt une vie active et normale ou on les envoie trop tôt à la campagne.

La fatigue dans un cas, le changement brutal de climat dans l'autre cas, voilà des conditions suffisantes pour amener des désastres et la reprise d'une maladie dont on croyait avoir triomphé.

Nous avons dit plus haut que le préventorium était la somme : repos + séparation.

Avec un de ces facteurs, le repos, il paraît possible avec l'allergine d'obtenir de bons résultats, alors que le facteur séparation ne peut pas toujours être envisagé, mais il est le facteur obligatoire.

« Les triomphes du sérum antidiphthérique ne nous ont pas déliés de l'obligation de tenir nos diphtériques au lit. » (RIST).

LES RÉSULTATS

Nous avons dit en premier lieu qu'il fallait apporter l'allergie à l'organisme ou tout au moins aider à la faire apparaître.

Nous avons montré en second lieu que l'allergine avait pour but d'amener ou de renforcer cette allergie.

L'application de l'allergine contre la primo-infection est sa véritable indication parce que, à ce moment-là, l'organisme peut encore réagir au maximum, participer à sa défense et utiliser l'arme qu'on lui fournit.

L'allerginothérapie est donc le traitement *d'attaque* de la tuberculose. Il faut frapper précocement. Le temps passé est toujours du temps perdu. On ne peut jamais le rattraper. Nous savons qu'on peut considérer comme guérie une syphilis traitée précocement, avec intensité et suffisamment longtemps, mais il faut que précocité et durée soient scrupuleusement remplies.

De même pour l'allergine; traitement précoce, traitement prolongé. Elle doit être donnée tout de suite, dès le soupçon de la maladie, dès la révélation apportée par la cuti-réaction.

Va-t-elle pouvoir guérir la primo-infection sous toutes ses formes, quel que soit l'aspect qu'elle revête?

Nous devons en avoir la certitude.

Qu'il s'agisse des formes fébriles, typho-bacillose entre autres, des formes pulmonaires ou pleurales ou de toutes les autres formes à aspects multiples et variés, formes diges-

tives, angineuses, rhumatoïdes, érythème noueux, toutes sont rapidement guéries.

Elles sont guéries dans un espace de temps très bref si on a eu soin d'instituer la thérapeutique sans attendre.

Elles sont guéries définitivement. Il n'y a aucune récurrence plusieurs années après la maladie.

Le problème de la granulie et de la méningite n'est pas à poser, encore que certains (Madame JOUSSET. Thèse 1934) croient en avoir eu raison par l'allergine. Nous pensons qu'il s'agit, pour la méningite, probablement de formes anormales.

A proprement parler, granulie et méningite ne font déjà plus partie de la primo-infection. Elles sont plutôt déjà des formes qui succèdent, souvent très rapidement d'ailleurs, à l'épisode initial, à la primo-infection non traitée, négligée, même dans ses aspects qui paraîtraient, comme l'érythème noueux, plutôt bénins.

Nous croyons que la méningite reste inguérissable.

L'allergine ne peut la guérir, mais en guérissant l'épisode initial, elle fait encore beaucoup mieux puisqu'elle l'empêche d'apparaître.

Nous pouvons affirmer sans restriction ces guérisons parce que nous avons eu les preuves en main.

Nous avons eu sous les yeux, grâce à l'aimable complaisance du Docteur P... et du Docteur B... de très nombreuses observations concernant des cas de primo-infection traités et guéris par l'allergine. Devant leur nombre impressionnant, nous avons été obligés de nous cantonner à quelques-unes d'entre elles seulement, leur abondance ne devenant plus qu'une répétition et une énumération fastidieuses.

Nous nous sommes attachés plus particulièrement à celles qui, suffisamment anciennes, démontrent le maintien définitif de la guérison après un délai de une à plusieurs années; et aussi à faire voir les différences de résultats obtenus avec un traitement correct à tous les points de vue, ou au contraire retardé, insuffisant ou interrompu.

OBSERVATION I

(Médecin traitant : Docteur BERNARDINI)

M. B..., 20 ans, étudiant en médecine.

Plusieurs cuti-réaction ont été faites, toutes négatives.

Dans les premiers jours de février 1941, fatigue générale et état fébrile. Amaigrissement notable.

Peu de signes fonctionnels, sauf une petite toux quinteuse et sèche. A l'auscultation : on trouve une respiration soufflante et du retentissement de la voix dans la zone périhilaire gauche.

La cuti-réaction est positive.

La radiographie montre un hile gauche fortement chargé avec infiltration très marquée de tout le champ pulmonaire gauche, remontant jusqu'à la clavicule.

A l'entrée à la clinique, le 11 février, la température est à 38°8. Sous l'influence du repos, elle se fixe autiur de 38°. La première injection d'allergine 1/100° mmgr. est faite le 17 février.

La chute de la température est immédiate, puisque le 22 on trouve : 37° le matin, 37°5 le soir.

2° injection le 23 à la même dose. La chute est complète : le 27 février : 36°4 le matin, 37°1 le soir.

Désormais, la température restera normale. Le traitement est continué.

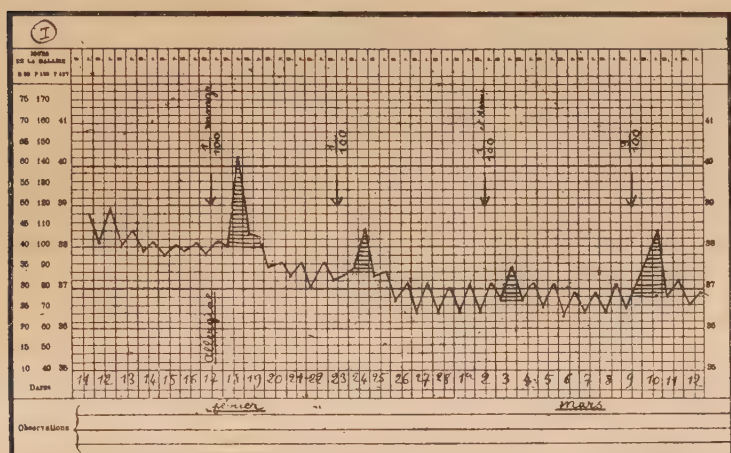
M. B... a repris ses études. Il est en excellent état général. La reprise du poids a été importante.

Une radiographie récente montre l'éclaircissement du hile gauche et une disparition complète de l'infiltration.

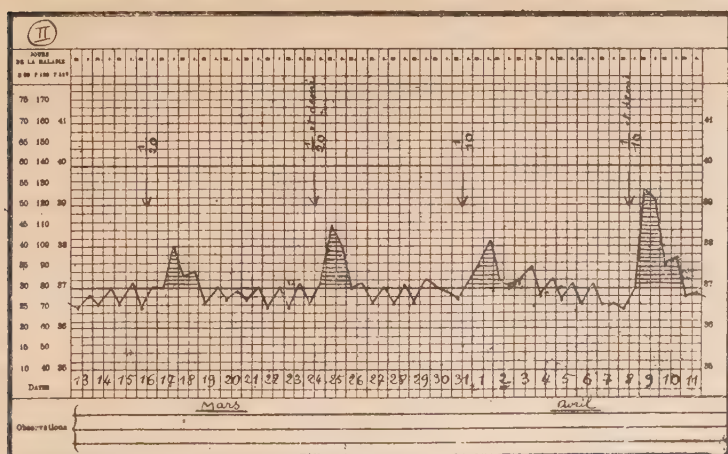
En décembre 1942, soit presque deux ans après la maladie, la guérison se maintient complète.

Cette observation est la démonstration-type du résultat du traitement bien fait à tous les points de vue.

La primo-infection a revêtu dans ce cas, une forme apparente de moyenne gravité. La température atteignait



39°. La radiographie a montré l'étendue importante du processus ganglio-pulmonaire.



Le traitement, précocement institué a non seulement ramené une température normale dès la deuxième injec-

tion, mais il a surtout entraîné une reprise rapide de l'état général, reprise qui ne s'est plus départie depuis.

La possibilité de continuation d'études particulièrement fatigantes, est le véritable test de la guérison.

Et nous ne pouvons nous empêcher de faire le rapprochement, non sans émotion, avec notre camarade Br..., lui aussi étudiant en médecine :

Sa primo-infection avait été totalement inapparente : simple virage de la cuti-réaction. Mais les nécessités matérielles et le désir d'achever rapidement ses études avaient entraîné, avec les conditions difficiles actuelles, un notable supplément de fatigue et de soucis.

L'amaigrissement devint rapidement important, malgré un état général qui paraissait sensiblement peu modifié.

Quelques séries d'injections de gluconate de calcium n'amenèrent aucun changement et bientôt un examen radiologique révélait une caverne pulmonaire étendue.

Quel est l'aboutissant ? Le pneumothorax, qui, malheureusement, en plus, est peu efficace et n'a amené jusqu'à présent qu'un décollement pleural insuffisant, et le sanatorium, une famille privée de son soutien, des études compromises pour très longtemps, si ce n'est définitivement.

OBSERVATION II

Enfants Pierre et Jean B..., jumeaux, 5 ans 1/2.

Cuti-réactions faites en octobre 1938 : *négatives*.

Fin mars 1939, Pierre a mauvaise mine, les yeux cernés.

Il est triste, il pleure facilement, il tousse un peu.

Le soir, il fait un peu de température. Il a maigri de un kilo depuis janvier.

Le médecin est appelé le 5 avril.

La cuti-réaction est faite : elle est *très fortement positive*.

Son frère Jean paraît très bien portant. Par mesure de précaution, sa cuti est faite également : *positive*.

Les deux enfants sont radiographiés le 7 avril :

— celle de Pierre révèle une très importante masse hilaire ganglio-pulmonaire droite, étendue vers la scissure et vers la base. Accentuation de l'ombre hilaire également à gauche, débordant notablement l'image du cœur;

— celle de Jean révèle une ombre triangulaire très importante de la région moyenne du champ pulmonaire droit, à sommet hilaire. Rien à gauche.

Le traitement à l'allergine est institué dès le 21 avril. L'état général de Pierre se modifie très rapidement. Dès la troisième injection, l'amélioration est sensible. Il reprend ses couleurs, sa température est normale.

Quant à Jean, il augmente rapidement de poids. Le traitement est régulièrement continué pendant une année. Séjour en montagne de juin à septembre 1940.

Les radiographies faites en 1941 montrent un nettoyage parfait des champs pulmonaires; seule persiste, chez Pierre, une légère accentuation du hile droit.

Les deux enfants passent les hivers 39-40, 40-41 et 41-42, pourtant rigoureux, sans s'enrhumer une seule fois.

En juin 1942, soit plus de trois ans après la maladie, les deux enfants ont 8 ans 1/2. Leur état est parfait, leur mine splendide.

Pierre pèse 28 kg. 500 et mesure 1 m. 30.

Jean pèse 29 kg. 500 et mesure 1 m. 315.

Cette observation illustre la valeur de la cuti-réaction, pratiquée chez un enfant qui paraît absolument normal, parce que son frère jumeau fait lui-même un épisode suspect qui se révèle être sa primo-infection.

Il y a là l'évolution parallèle de deux primo-infections, l'une revêtant ce que nous avons appelé une forme oligosymptomatique, l'autre tout à fait inapparente, mais qui a été confirmée par des signes radiologiques étendus.

L'enfant qui a fait la forme apparente a retrouvé la bonne mine qu'il avait perdue. Il a actuellement, à 8 ans 1/2 un poids nettement supérieur à un enfant de son âge.

Son frère, du même poids que lui autrefois, paraît avoir reçu un salutaire coup de fouet. Il dépasse son frère de près de 2 cm et pèse un kilo de plus que lui.

Traitement précoce, prolongé. Guérison totale, confirmée par le nettoyage complet radiologique, maintenue *plus de trois ans* après la maladie.

OBSERVATION III

Simone S..., 13 ans, poids 38 kg. 500.

L'enfant, qui paraît en excellent état, fait brusquement en juillet 1939 une hémoptysie légère, suivie quelques jours plus tard, d'une deuxième, encore plus légère.

L'auscultation révèle, le 10 juillet, quelques râles au niveau du hile droit.

La cuti-réaction est pratiquée : elle est *phlycténulaire*.

La radiographie du 12 juillet montre un gros empâtement hilair à droite, avec des prolongements rameux vers la clavicule et vers la base. Côté gauche normal.

Analyse des crachats : *présence de B. K.*

Le traitement à l'allergine est institué immédiatement. La première injection est de 1/20^e mmgr.

Fin juillet, le poids est à 40 kg.; le 16 octobre : 46 kg. 200.

Progression rapide des doses et, à partir de février 1940, une injection de 20 mmgr. est pratiquée toutes les semaines. En février : poids 49 g. 500. Arrêt du traitement à ce moment.

Revue le 24 janvier 1941 : excellent état. Poids : 52 kg. 900.

Radioscopies en janvier, puis en avril : image thoracique normale. Revue la dernière fois le 10 janvier 1942 : état général par-

fait. Poids: 54 kg. 700 (soit 16 kg. de plus qu'au moment de son hémoptysie).

La radiographie confirme la disparition de l'image hilare pathologique initiale.

Observation qui montre une forme particulière de la primo-infection: une hémoptysie, ce qui fait penser qu'il s'agissait peut-être déjà là d'une primo-infection installée depuis un délai impossible à préciser, en tout cas encore suffisamment récente, étant donné l'intensité de la cuti-réaction et l'image radiologique.

Traitement précoce, correct, à l'allergine.

Résultat: nettoyage radiologique absolu, aucune récurrence d'hémoptysie et en moins de trois ans, une augmentation de poids de 16 k. 200 ayant transformé la fillette mince en jeune fille de très bon aspect.

Guérison maintenue *plus de trois ans* après le début.

OBSERVATION IV

(Médecin traitant: Docteur BERNARDINI)

Jacques D..., 16 ans.

Cet adolescent est pensionnaire dans une école professionnelle de Normandie. Il est doué d'une très bonne santé.

Sa cuti-réaction, pratiquée, a été négative.

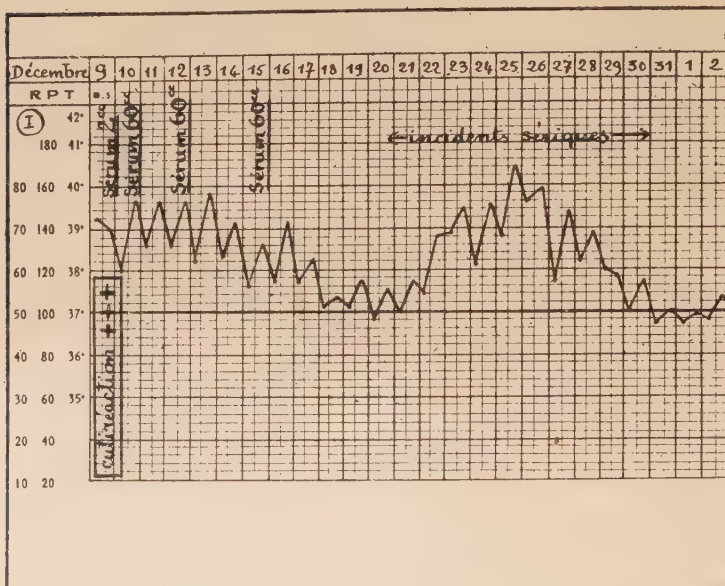
Vers la fin novembre 1936, il se sent fatigué, il a mal à la gorge. Puis il est pris de frissons. Sa température oscille entre 38° et 39°. Des sueurs profuses l'empêchent de dormir. Le diagnostic de grippe est posé. Mais au début de décembre, des papules érythémateuses apparaissent aux jambes, que l'on prend pour des piqûres de moustiques. Devant la persistance d'un mauvais état général, les parents alarmés font revenir leur fils à Paris.

Le médecin de famille diagnostique aussitôt un érythème noueux.

La cuti-réaction, pratiquée le 9 décembre, est *fortement positive*.

Une radiographie faite le même jour montre un hile gauche très opacifié, l'ombre débordant nettement la projection cardiaque.

On institue un traitement au sérum de Jousset.



Incidents sériques notables qui font remonter la température jusqu'à 40°4. Réactions locales pénibles. La fièvre tombe et redevient normale le 22° jour.

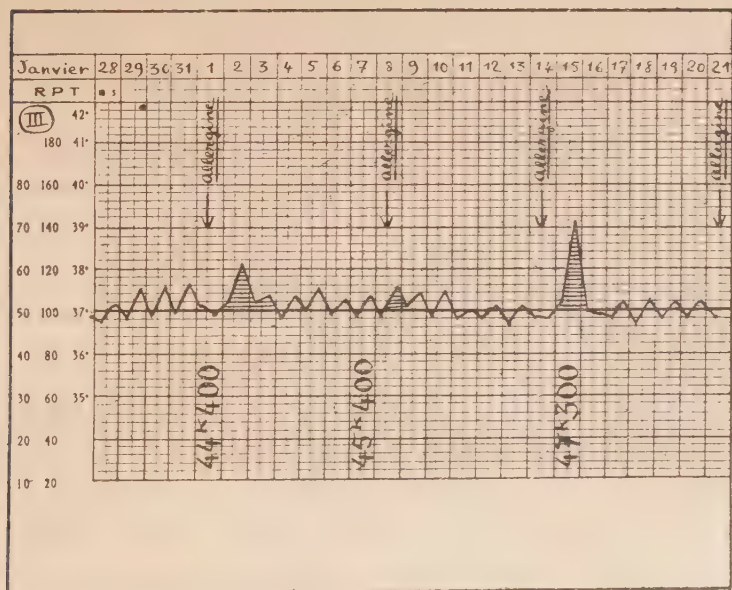
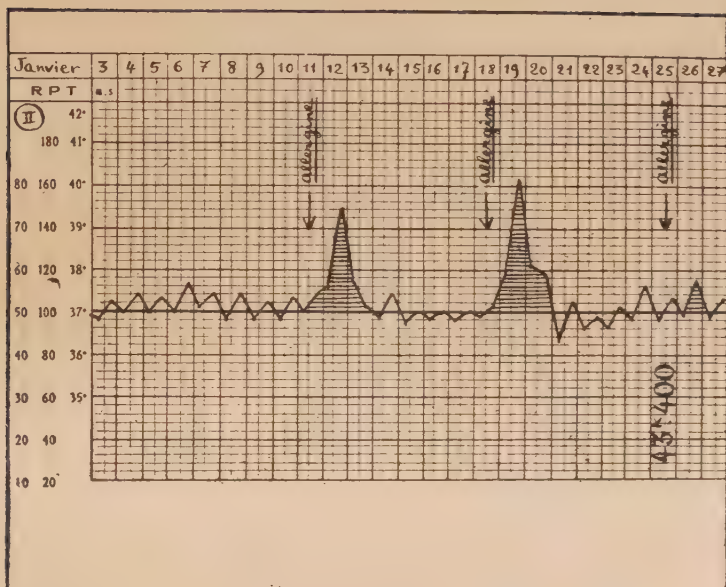
La cure d'allergine est commencée le 11 janvier. Première injection: 1/10^e mmgr.

Rapidement, l'état général s'améliore. La température se fixe désormais à 36°8 le matin et 37°4 le soir.

Le poids passe de 43 kg. 400 le 25 janvier à 44 kg. 400 le 1^{er} février, 45 kg. 400 le 7 février, 47 kg. 300 le 15 février.

Le jeune D... reprend bientôt ses études en Normandie. —

Plusieurs radioscopies, pratiquées par la suite, montre la disparition complète de la surcharge hilare.



En 1942, six ans après son érythème noueux, il est maintenant un jeune adulte solidement bâti.

Il s'est engagé dans la marine.

Il s'agit donc ici d'une des formes dont nous avons parlées au premier chapitre. Rappelons que nous avons dit que l'érythème noueux partageait l'incertitude de l'avenir des autres formes et l'égale possibilité de donner lieu aux formes inguérissables.

Le traitement au sérum de JOUSSET, fait à cette époque, ne serait plus fait pour un tel cas. L'allergine aurait été faite immédiatement et la température n'aurait pas attendu le 22^e jour pour redevenir normale.

La guérison n'a commencé qu'à l'établissement de la cure d'allergine, puisqu'on a constaté notamment, entre autres résultats, une augmentation rapide et considérable du poids du malade: 3 k. 900 en moins d'un mois!

Guérison maintenue six ans après l'épisode initial.

Est-il besoin de rappeler la sévérité des conditions de santé requises pour être pris dans la marine?

OBSERVATION V

(Médecin traitant : Docteur BERNARDINI)

Enfant F..., 11 ans.

Depuis mars 1933, cette fillette se sentait fatiguée. Mais le jour de la première communion approchait et elle ne voulait pas manquer de se montrer dans sa belle robe blanche.

Malgré sa mauvaise mine, mise sur le compte de l'émotion, et ses malaises, qu'elle cache soigneusement, le jour de la Fête est célébré. Le soir le thermomètre révèle un 39°7.

Le médecin, appelé en hâte, ne découvre que peu de choses à l'examen : une respiration un peu soufflante en arrière, au niveau du hile, et c'est tout.

La cuti-réaction pratiquée, se révèle, le 31 mai, *phlycténulaire*.

La fièvre persiste. La radiographie montre une très grosse ombre juxta-hilaire à gauche, très étendue, limitée par une zone floue et floconneuse qui s'étend jusqu'à la région sous-claviculaire.

Trois injections de sérum de Jousset.

Amélioration de l'état général, mais la température a du mal à descendre. Incidents sériques. La normale n'est atteinte qu'au bout de trois semaines.

La cure d'allergine n'est instituée que plus tard. C'est elle qui amènera la guérison.

La radiographie du mois de septembre montre déjà une notable régression de l'ombre anormale qui s'est sensiblement réduite, et une disparition des flocons limitrophes.

Neuf ans après cet épisode, Mlle F... est aujourd'hui une belle jeune fille, plus portée que jamais à la coquetterie. Sa santé est parfaite en tous points.

Forme très apparente de primo-infection, très fébrile, et probablement ayant commencé au moins deux mois avant d'être étiquetée, grâce à la cuti-réaction.

Même observation en ce qui concerne le sérum de JOUSSET que pour l'observation précédente.

Nous sommes persuadés que le retour à une température normale et à la santé n'aurait pas attendu trois semaines si l'allergine avait été faite dès le début.

Faite tardivement, on peut dire sans doute plusieurs mois après le début réel de la maladie, la guérison a été un peu plus longue à survenir. Néanmoins, elle n'a pas manqué de l'amener et elle a été le point de départ d'une transformation complète de l'enfant.

Qui pourrait aujourd'hui reconnaître dans la robuste jeune fille, la petite fille pâlotte et maigrichonne d'il y a 9 ans?

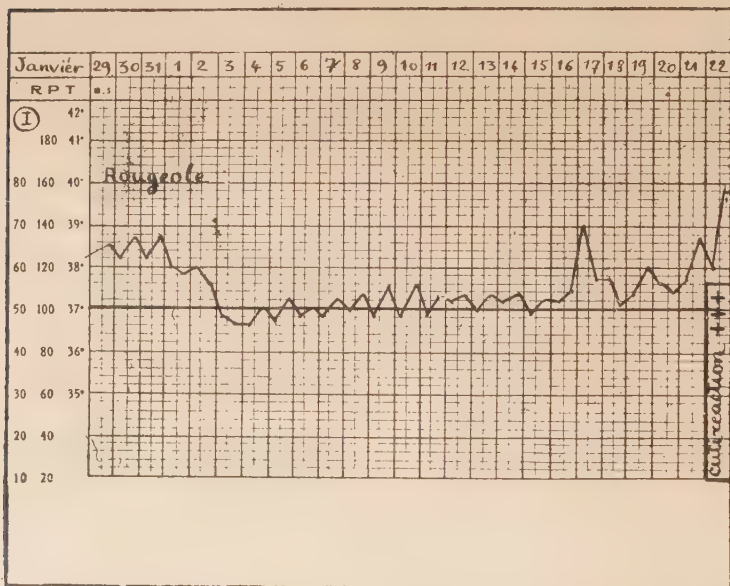
OBSERVATION VI

Enfant M..., 10 ans, sourd-muet.

Une cuti-réaction, faite à l'institut des Sours-Muets, avait été négative.

Rougeole le 29 janvier 1941.

Evolution normale de la maladie et retour à l'apyrexie au bout de 5 jours de fièvre modérée.



L'enfant reste malgré tout un peu palot. Il n'a pas d'appétit.

Le 17 février, reprise brutale de la fièvre à 39°, qui redescend le lendemain, puis remonte à nouveau pour atteindre, par échelons successifs, 40° le 24.

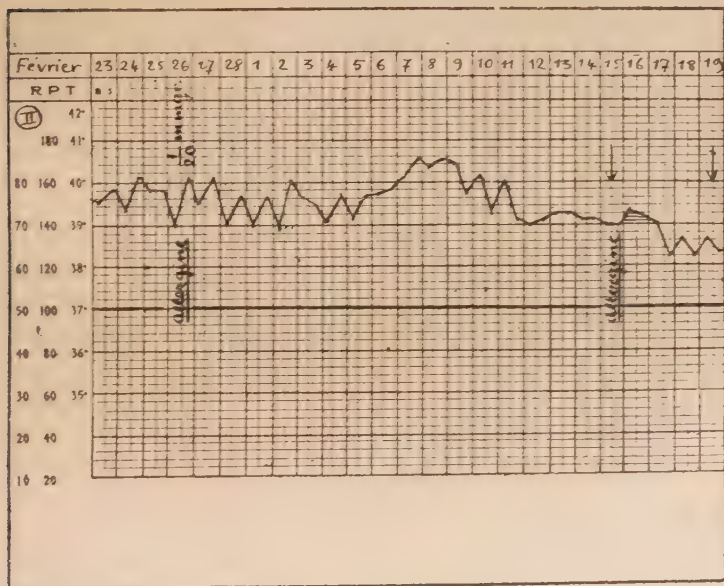
Les signes d'auscultation sont très réduits : une simple diminution de la respiration à droite.

La cuti-réaction est pratiquée le 22 février : *fortement positive*.

La radiographie faite à cette même date, montre une accentuation très nette de la trame broncho-vasculaire à droite et une grosse augmentation de l'ombre hilare au-dessus du cœur.

Traitement par l'allergine institué le 26 février : 1/20° mmgr. Nous ne savons pas pourquoi il n'est pas continué.

La température qui avait amorcé, après l'injection, une descente à 39°, remonte alors et dépasse 40° le 7 mars.



L'amaigrissement devient important, l'état général de plus en plus médiocre.

L'allerginothérapie est reprise, et cette fois régulièrement. La température descend aussitôt mais n'atteint que difficilement 37° dans le courant du mois d'avril.

L'amélioration paraît survenir, mais apparition d'une réaction pleurale, confirmée par la radiographie du 12 mai.

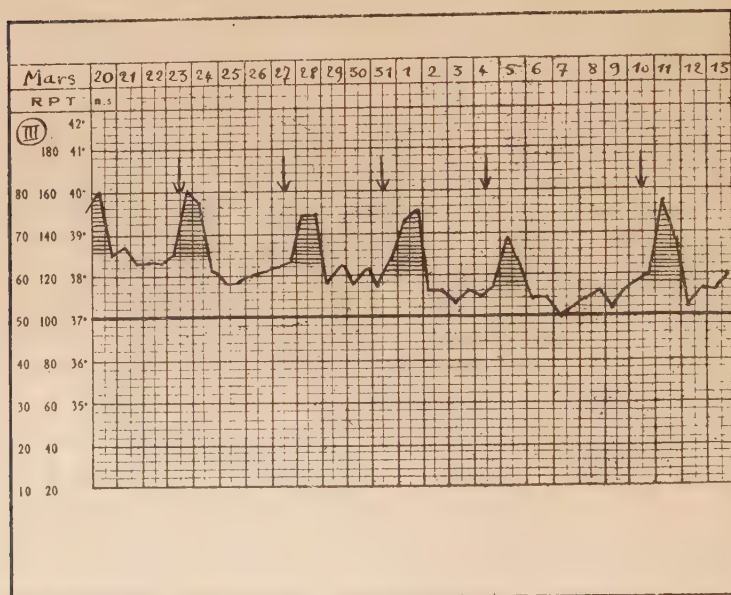
La grosse adénopathie hilare persiste.

Le traitement est continué.

Les signes d'auscultation rétrocedent rapidement, l'épanchement pleural disparaît. La température devient normale.

Le poids reprend.

Le traitement est maintenu jusqu'en janvier 1942.



La radiographie du 25 février montre, un an après l'écllosion de la maladie, un champ pulmonaire droit absolument normal. Nettoyage complet des images hilaires. Aucune séquelle pleurale. Cul-de-sac absolument parfait.

L'enfant, revu plusieurs fois depuis, est toujours en bon état.

Dans cette observation, toutes les conditions sont réunies pour une guérison difficile à obtenir :

D'abord forme grave de primo-infection, très fébrile, avec images radiologiques très étendues, état général très déficient, survenant après une maladie comme la rougeole chez un enfant déjà malingre; et surtout traitement interrompu après la première piqûre.

Le résultat de cette interruption ne se fait pas attendre : la persistance du mauvais état général, la fièvre qui dépasse 40.

L'allerginothérapie, reprise seulement 46 jours après la rougeole, a amené quand même une chute de la température dès la 2^e injection.

L'interruption voit aussi ses conséquences dans une rétrocession très lente des phénomènes pulmonaires, ceux-ci subissant même, un moment donné, une reprise avec réaction pleurale.

Et malgré tous ces facteurs défavorables, la continuité régulière du traitement va entraîner non seulement la guérison de la maladie, mais un nettoyage radiologique complet tel qu'on croirait se trouver en face d'un enfant qui n'a jamais présenté aucun épisode pulmonaire.

Si certains épanchements pleuraux se résorbent seuls, si certaines réactions pleurales peuvent s'amender dans un délai plus ou moins long, nous ne croyons pas qu'il puisse en exister qui laissent, après leur disparition, une plèvre indemne et un cul-de-sac absolument normal comme chez cet enfant.

La guérison s'est maintenue *deux ans* après le début.

OBSERVATION VII

(Médecin traitant : Docteur BERNARDINI)

Enfant H..., 4 ans.

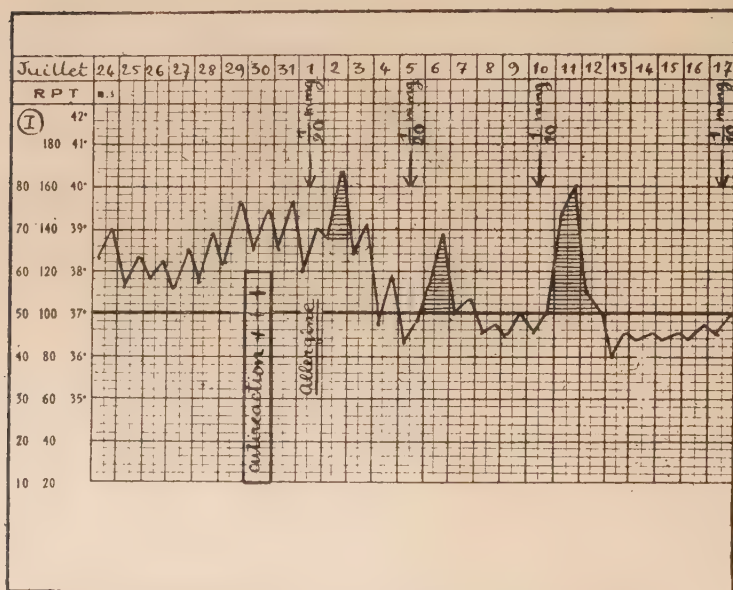
Cet enfant fait à Reims, en septembre 1938, une lobite supérieure droite, non bacillaire.

La cuti-réaction est *négative*. Guérison survenue spontanément en quinze jours, sans traitement. Une deuxième radiographie confirme cette guérison en montrant la disparition complète de l'ombre du sommet droit, *révélée* par un premier cliché.

Fin juillet 1939, l'état général fléchit. L'enfant est pâle, n'a plus d'appétit.

La température atteint 39° le 24 juillet.

La cuti-réaction, pratiquée le 30, est *phlycténulaire*.



Le traitement à l'allergine est immédiatement institué. Dès la première piqûre, la chute de la température est sensible : 36°8 le 4 août au matin, 37°8 le soir.

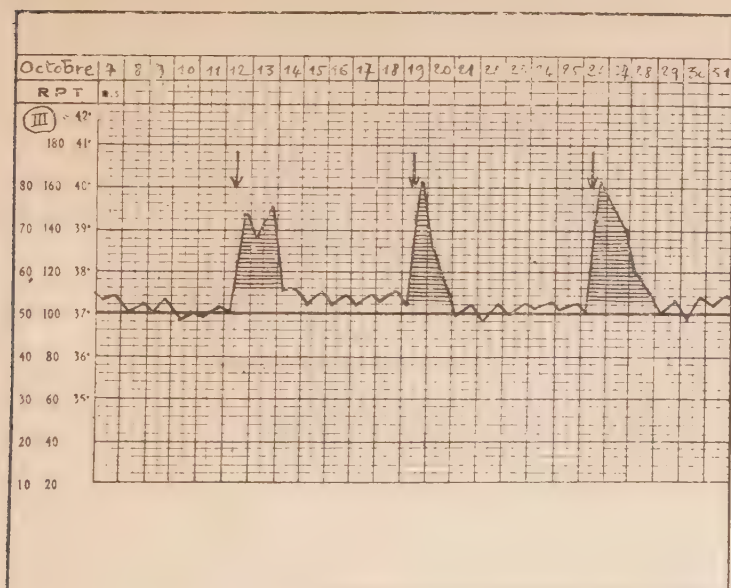
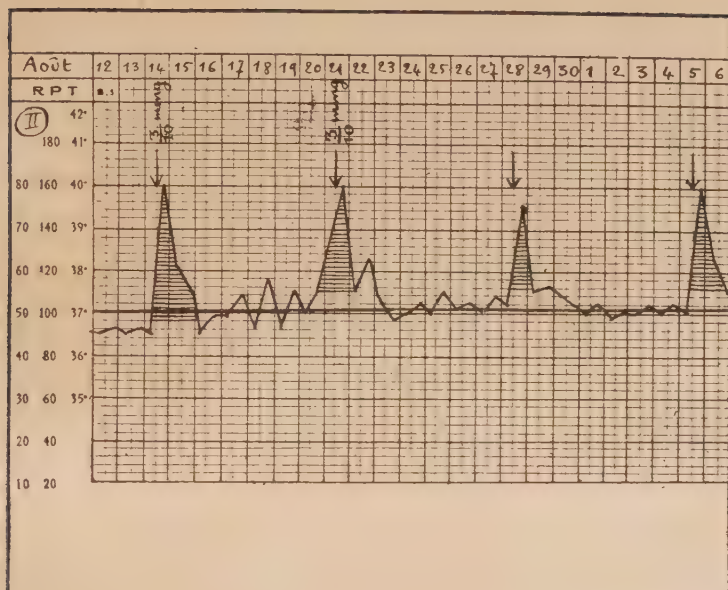
Dès la troisième injection, le 11 août, la température reste à 36°4 le matin, 36°5 le soir.

Réactions fébriles intenses à chaque piqûre (40°).

La radiographie pratiquée le 22 août montre une volumineuse ombre hilare droite, très dense, très étendue.

La température se maintient à la normale. L'état général redevient excellent. Le traitement est continué jusqu'en décembre.

Il est malheureusement interrompu à ce moment par le départ de son médecin traitant aux Armées.



La radiographie du 14 mai 1940 montre néanmoins une disparition complète de la grosse ombre pathologique. Le hile demeure accentué, mais l'étendue des ombres est normale.

A la suite de traumatismes, l'enfant fait plusieurs hématomes à la cuisse et à la fesse, qui dégénèrent en abcès froids.

Enfin, récemment, l'enfant fait une hydarthrose du genou gauche.

Le traitement à l'allergine, repris régulièrement, a amené rapidement la guérison de cette hydarthrose.

L'enfant, qui a aujourd'hui 8 ans 1/2, a bonne mine, bon appétit.

La dernière série d'allergine paraît lui avoir donné un coup de fouet salutaire. Son aspect général est satisfaisant. Il ne demande qu'à jouer.

Cette observation illustre d'une façon encore plus démonstrative, les conséquences d'un traitement insuffisamment prolongé.

La thérapeutique, précocement instituée, contre une primo-infection de moyenne gravité, avait amené rapidement une température normale et une reprise de la santé.

La radiographie avait montré, malgré l'interruption, la disparition des images anormales.

L'apparition d'abcès froids au niveau d'hématomes traumatiques semblerait démontrer la réalité de la bacillémie. En tout cas la certitude que, malgré la guérison apparente, la maladie n'était pas encore jugulée.

Elle démontre surtout d'une façon formelle que si la précocité du traitement et la première condition à rechercher, la deuxième non moins indispensable est sa durée suffisante.

Certes l'allergine a guéri l'hydarthrose. Elle a donné à l'enfant un stimulus qui est loin d'être négligeable.

Quatre ans après le début de la maladie, l'enfant a dépassé son frère, plus âgé, en poids et en taille.

Mais les possibilités d'une guérison définitive se trouvent

considérablement reculées. Il faudra continuer l'allergine pendant encore un long espace de temps. Dans ces conditions, cette guérison pourra être obtenue, nous en avons la certitude, mais combien elle aurait été plus rapide et plus absolue si le traitement n'avait été involontairement interrompu.

*
**

Ces sept observations confirment donc ce que nous avons répété plusieurs fois : la nécessité absolue du traitement précoce, du traitement prolongé, quelque soit la forme revêtue par la primo-infection.

Dans ces conditions, la guérison est obtenue. Elle persiste des années après l'éclosion de la maladie. Elle est définitive. L'allergine assure l'enfant sur la vie.

Quand ces conditions ne sont pas réunies, l'allergine peut quand même, mais avec un délai bien plus long, amener la guérison.

Mais cette possibilité ne doit pas faire négliger de traiter correctement la primo-infection, sous prétexte qu'on a toujours le temps, si elle tourne mal, d'instituer un traitement à ce moment.

Tout l'intérêt est dans la guérison précoce.

La véritable signification du traitement par l'allergine doit être recherchée dans ce sens. Sa portée est une conséquence directe de la persistance de la guérison qui demeure définitive.

LA PORTEE DU TRAITEMENT DE LA PRIMO-INFECTION PAR L'ALLERGIE

Nous avons surtout insisté dans le second chapitre sur le pronostic des formes cliniquement apparentes et leur avenir sombre, plus ou moins rapproché, quelque soit la légèreté de leur symptomatologie.

Même les formes qui paraissent les plus bénignes ont de très grandes possibilités d'amener dans les mois qui suivent une forme fatale de tuberculose aiguë: granulie, méningite, ou dans les années qui suivent une tuberculose pulmonaire véritablement lésionnelle et définitive.

Les formes inapparentes de la primo-infection ne se traduisent que par le virage de la cuti-réaction. Cliniquement, tout paraît bénin.

Comme d'autre part elles sont la grande majorité, allons-nous dire que l'avenir n'est presque jamais engagé?

Franck TISSOT estime que, sur 100 primo-infections inapparentes dépistées tardivement, 28 font des manifestations récidivantes à plus ou moins longue échéance.

Tout individu qui voit sa cuti-réaction devenir positive est donc en puissance de tuberculose. Il a à peu près trois chances sur quatre de ne jamais devenir tuberculeux si les circonstances de sa vie sont favorables; il lui en reste une certaine de le devenir.

Quel est le facteur qui entraînera cette possibilité? La modification du terrain sur lequel a pénétré le bacille et où il demeure vivant.

Nous avons dit en effet que cette pénétration du bacille tuberculeux entraînait l'apparition de l'allergie, mode mineur d'immunité; que l'allergie était aussi et surtout faite d'un mélange d'immunité et d'hypersensibilité.

Sur un bon terrain, l'immunité seule apparaît, mais si le terrain est ou devient mauvais, c'est l'hypersensibilité qui va prendre le pas : la maladie éclate.

Si la primo-infection est apparente et revêt un aspect clinique quelconque, la survenue d'un tuberculose lésionnelle, quelque soit la localisation, sera, sur un mauvais terrain, une certitude.

Si elle est inapparente, les possibilités de formes récidivantes seront, elles aussi, sur un mauvais terrain, une non moins égale certitude.

Quelles sont les causes de modification de ce terrain, qui apparaît ainsi d'importance primordiale?

Toutes les circonstances qui font la vie d'un homme moderne : les maladies, le travail épuisant, l'insomnie, sur laquelle insiste particulièrement avec raison M. JOANNON, l'agitation, les mauvais locaux d'habitation, la fatigue physique, les chocs psychiques.

Répétons alors ce que nous disions au début :

Le déséquilibre physique et psychique, les perturbations de tout ordre que nous traversons, la sous-alimentation, expliquent pourquoi le terrain, devenu déficient, oppose à l'infection bacillaire si peu de résistance.

La vie que nous menons actuellement n'a pas entraîné, grâce aux très importantes mesures d'hygiène et de lutte contre les maladies une recrudescence des infections et n'a pas amené l'apparition de ces grandes pandémies qui envahissent le globe à chaque bouleversement provoqué par les guerres ou les cataclysmes.

Mais elle a obligatoirement contribué à rendre le terrain de chaque être de plus en plus déficient.

Cette déficience n'est pas complètement cachée. Chacun

se rend compte que sa résistance à l'effort, à la fatigue, au manque de sommeil, est moindre.

Mais c'est au médecin de se rappeler que l'enfant, l'adolescent ont été touchés par le bacille tuberculeux; que cet enfant, cet adolescent subissent, encore plus que l'adulte, l'influence des circonstances actuelles.

C'est qu'ils sont à une période de la vie où tout doit être bénéfice. Ils doivent doubler ou tripler de poids, ils doivent prendre plusieurs dizaines de centimètres de taille, ils doivent passer en quelques années du stade enfant au stade définitif d'adulte; ils doivent commencer à mener la vie du travailleur qui, intellectuel ou manuel, est loin d'être une partie de plaisir.

Cette nécessité n'est pas restée chose vaine.

Le plus récent ouvrage sur la primo-infection, celui de M. TISSOT, montre bien ce souci.

Le dépistage de la primo-infection devient une mesure d'ordre général. C'est une obligation sociale absolue. Il doit atteindre toute la jeunesse des écoles, des lycées, des écoles professionnelles, des universités et même, nous dit M. TISSOT, la jeunesse rurale qui n'est pas indemne de primo-infection.

Sa réalisation paraît en bonne voie. Les cadres médicaux responsables semblent avoir compris l'importance capitale de ce dépistage.

Il se traduit en fait :

— par la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine, tous les six mois, ou même plus fréquemment.

— par la surveillance spéciale et particulièrement radiologique de toutes les primo-infections, même muettes, dépistées.

Ces résultats sont consignés sur une fiche spéciale.

(Citons les remarquables efforts avec lesquels le Docteur B... a organisé ce dépistage dans une grande école de Paris).

N'oublions pas que la pratique de la cuti-réaction doit être étendue à toutes les familles, à tous les enfants et adolescents qui pourraient échapper au dépistage fait dans les collectivités. Plus particulièrement et plus fréquemment s'il y a des raisons de craindre une contamination (mère ou père bacillaire, un tousseur ou un cracheur vivant sous le même toit), ou si les conditions d'hygiène sont nettement défavorables (taudis).

Mais cette nécessité, qui s'est traduite par le perfectionnement très louable de l'organisation et des moyens de dépistage a-t-elle entraîné les conséquences primordiales qui devraient lui faire suite? Quelles sont les mesures prises au virage de la cuti-réaction?

Nous avons insisté déjà sur l'insuffisance des traitements actuels de la primo-infection dans ses formes graves et apparentes, sur leur absence complète dans ses formes inapparentes.

Même le très intéressant ouvrage de M. TISSOT ne nous apporte aucune des mesures radicales que nous aurions espérées.

Voici les préceptes qu'il édicte:

— Premier cas: pas d'incident clinique, aucune atteinte de l'état général, radio normale: « Faut-il interrompre les études et prescrire systématiquement un départ, une cure d'air et de repos?

« Cette solution est théoriquement logique, mais par trop rigide et pratiquement inapplicable...

« Que cet enfant retourne donc à l'école, mais qu'on allège son travail, qu'on augmente son sommeil, qu'on veille à son alimentation et à ses conditions générales de vie.

« On le pèsera tous les quinze jours, on surveillera par périodes la courbe de température et si, au bout de six mois, la comparaison soigneuse de clichés montre que rien ne bouge, si le poids se maintient ou est en progression et la température normale, on pourra considérer la cause comme très probablement gagnée. »

— Deuxième cas: atteinte locale ou générale: « On peut appliquer avec une précocité qui est un gage de succès, les mesures appropriées: la cure en préventorium.

« Il en sera de même lorsque les conditions sociales ou psychologiques, le taudis et la misère rendront illusoires toute mesure de surveillance ou tout essai d'amélioration du régime et de l'aération de l'enfant. »

Et dans sa conclusion, nous trouvons cette phrase:

« Grâce à un programme général de dépistage doublé d'un outillage adapté à sa fonction, le chiffre considérable des victimes de la tuberculose chez les jeunes doit pouvoir être réduit à presque rien... Mais il n'existe pas de centre préventorial modèle. »

Donc d'un côté une simple surveillance médicale accompagnée d'essais d'amélioration des conditions de vie de l'enfant, grâce auxquels on pourra estimer la cause comme *très probablement* gagnée (nous n'aimons guère cette restriction!) — de l'autre, l'envoi en préventorium, alors qu'il *n'existe aucun centre préventorial modèle* (nous aimons encore moins cette affirmation).

La première restriction montre bien l'incertitude qui subsiste, malgré ces mesures qui veulent être radicales.

La seconde constatation diminue beaucoup notre enthousiasme pour la cure préventoriale.

Nous avons vu personnellement et récemment un de ces préventoria de la région parisienne, bien situé, où la surveillance médicale des enfants est inexistante. Le médecin n'y vient faire qu'une brève apparition d'une heure ou deux toutes les semaines.

Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas prendre les mesures, telles que M. TISSOT les conçoit:

Les améliorations de condition de travail, de repos, d'alimentation, sont nécessaires. Le préventorium, bien conditionné, bien organisé, surveillé quotidiennement par le médecin, est une très bonne mesure, mais qui viendra après, quand l'enfant sera déjà sur la voie de la guérison.

Toutes ces mesures ne peuvent avoir la valeur de traitement. Il subsiste toujours, de toute façon, cette probabilité que l'on redoute sans trop vouloir le dire, de l'évolution imprévue d'une tuberculose.

Il reste cette incertitude cruelle: l'enfant n'est pas immunisé. Il pourra avoir un réveil des bacilles qui demeurent en lui.

Cette incertitude augmente aujourd'hui du fait du mauvais état du terrain.

Il faudrait pouvoir amener une certitude de guérison. Elle ne sera pas encore apportée avec ces mesures.

Nous avons étudié l'allergine de JOUSSET que nous avons, espérons-le, définitivement séparée de la tuberculine. Nous avons essayé de montrer qu'elle était efficace et qu'elle n'était pas dangereuse.

Ce sont les deux qualités essentielles à exiger d'une bonne thérapeutique.

Son efficacité dans les cas sérieux de primo-infection est un gage évident de son efficacité dans les formes inapparentes.

Son absence totale de danger la rend possible à appliquer dans les formes légères sans qu'il y ait à craindre un coup de fouet dangereux. En l'appliquant systématiquement à tout jeune individu qui fait sa primo-infection, traduite seulement par le virage de la cuti, on aurait la certitude absolue de la guérison, la certitude non moins absolue que son allergie s'est traduite par une immunité solide et qui se maintiendra toute la vie.

Ainsi, nous pouvons entrevoir la portée sociale que pourrait avoir l'allerginothérapie.

C'est contre la primo-infection qu'il faut lutter si l'on veut venir à bout du fléau social qu'est la tuberculose.

A ce moment, l'aide qu'on peut apporter à l'organisme est utile parce que celui-ci peut en faire son profit.

En guérissant dès la primo-infection, on réduit à néant

les chances de tuberculose de surinfection. L'enfant qui grandit, indemne de tuberculose, ne devient pas à son tour, en passant à la chronicité, la source de contamination de la génération qui suit. Le cercle vicieux est rompu.

L'allergine de JOUSSET est d'une efficacité absolue contre les formes sévères que peut revêtir la primo-infection, si le traitement est conduit selon les règles que nous avons citées.

Nous avons cité quelques exemples qui montrent que la guérison obtenue n'est pas une amélioration temporaire.

Lorsqu'on peut dire que la maladie n'a pas récidivé au bout de plusieurs années, que le petit enfant est devenu un adulte normal à qui tous les métiers restent ouverts, nous sommes certains que la guérison est définitive. L'état des anciens malades suivis, confirmé par des examens médicaux répétés et des radiographies renouvelées, le démontre.

L'allergine fait dans ce cas ce qu'aucun autre médicament n'a fait jusqu'à maintenant. Nous n'en connaissons aucun qui ait pu amener aussi rapidement la chute de la température, la disparition des signes pulmonaires, la reprise de l'état général, le nettoyage complet radiologique, et surtout définitivement.

En guérissant ces formes sévères, elle constitue le seul moyen de lutter contre les formes qui, comme la méningite ou la granulie, sont mortelles quoiqu'on fasse. Si elle ne peut les guérir, elle a du moins le mérite immense d'empêcher leur survenue.

Toutes les formes apparentes de la primo-infection, quelles qu'elles soient, peuvent entraîner, nous l'avons dit, une méningite fatale.

Cette possibilité est doublée lorsque ces formes sont négligées et laissées à elles-mêmes. Dans ce cas, l'évolution vers la pie-mérite est une éventualité des plus fréquentes. Le D^r B... nous a cité, parmi ses malades, quatre cas de primo-infection, apparente et grave, qui, non traités à temps, ont abouti à une méningite dans un délai rapide.

Nous avons nous-même, dans un précédent chapitre, rapporté le cas de ce jeune homme (M. R. B...) qui a fait sa primo-infection sous forme de pleurésie et qui a succombé, après un an de rechutes successives, à la méningite.

Mais la lutte contre la tuberculose n'est complète que si elle s'adresse également aux autres aspects de la primo-infection, à ses formes larvées et cachées qui paraissent ne pas atteindre l'organisme et qui sont responsables, elles aussi, de l'éclosion future d'une tuberculose de surinfection.

Nous avons la conviction que l'allergine, donnée à l'apparition de la cuti-réaction positive, pendant un court délai et à très petites doses, est un bon moyen de faire œuvre de prévention antituberculeuse. Tous les autres moyens ne sont qu'accessoires et ne peuvent que la compléter. Que ceux qui pourraient nous reprocher cette conviction nous mettent entre les mains un produit plus efficace. Nous nous y rallierons sans idée préconçue.

La lutte antituberculeuse a toujours été un problème de première importance. Elle est aujourd'hui une nécessité vitale pour l'humanité qui traverse une crise difficile.

Nous ne voulons plus voir traiter un érythème nouveau par les sels d'or (un proche parent de notre malade de l'observation IV) et aboutir à une pleurésie; ni une pleurésie primitive par la tuberculine (M. R. B..., déjà cité) pour se terminer par une méningite.

Nos premiers contacts avec la tuberculose, dans les hôpitaux parisiens, nous ont mis en présence du tableau lamentable de l'humanité souffrante, d'hommes et de femmes jeunes, qui n'avaient qu'un espoir: vivre et pour lesquels en général cet espoir ne pouvait plus se réaliser.

Nous nous sommes attachés ensuite, de toute notre foi et de tout notre cœur, en collaboration avec le Docteur M..., à essayer de sauver ceux qui étaient arrivés à l'ultime étape de la maladie, dont les poumons étaient creusés d'énormes cavernes, en ayant recours aux thérapeutiques chirurgicales les plus mutilantes.

Et nous avons compris que la véritable solution du problème était de traiter la tuberculose au départ.

Nous espérons ainsi ne plus jamais voir de ces malheureux que nous avons essayé d'arracher à la mort, de prolonger quelques semaines ou quelques mois et pour qui, souvent, la prolongation même de la vie ne pouvait être qu'un long calvaire.

C'est à vous, M. P... que nous pensons, qui, à 36 ans, avez traîné plus d'une année après l'ablation de sept côtes.

A vous M. L... qui ne pouvez espérer reprendre un travail, si léger soit-il, avec six côtes en moins et une caverne persistante, à 31 ans.

A vous Mlle B... qui êtes passée trois fois sur la table d'opération après avoir traîné quatre ans en sanatorium et qui n'avez pu être prolongée plus de trois mois.

A vous M. R... qui, à 33 ans, après l'ablation de quatre côtes, avez enduré le martyre pendant quatre mois, avant d'être délivré par une granulie terminale.

A vous Mme L..., jeune mère de 29 ans, qui malgré deux temps de thoracoplastie, n'avez pu vivre pour élever vos deux enfants.

A vous Mme B... qui, avant de vous éteindre à 38 ans, avez souffert pendant cinq semaines et supplié qu'on vous redonne la vie, alors que nous sommes restés impuissants à vous apporter le moindre soulagement.

A vous M. M..., qui, à 34 ans, avez été opéré sept fois, qui avez été mutilé par l'ablation de onze côtes du même côté et qui êtes condamné à finir vos jours dans une salle d'hôpital ou de sanatorium, sans espoir de pouvoir jamais reprendre une vie normale.

Et terminons par cette phrase qui est la conclusion de Franck TISSOT :

« Il est facile de faire cesser semblable gaspillage honteux de vies humaines. Mais si cela est facile, pourquoi ne le fait-on pas ? »

CONCLUSION

Le pronostic de la primo-infection est toujours des plus aléatoires, qu'elle revête une forme grave, bénigne ou inapparente, elle entâche de toute façon l'avenir du sujet.

La surinfection endogène risque d'éclater à tout moment par le fléchissement du terrain. Ce fléchissement voit aujourd'hui ses chances accrues d'une façon alarmante.

C'est au début qu'il faut lutter au maximum contre la tuberculose, car c'est à ce moment qu'existent au maximum les possibilités de guérison.

Le problème n'est pas passé inaperçu des organismes responsables. Le dépistage de la primo-infection est entré dans une phase de réalisation pratique. Grâce à la cuti-réaction, il ne doit plus être permis de passer à côté d'une seule primo-infection.

Mais ce dépistage, bien conçu, ne nous a pas paru entraîner à sa suite des mesures suffisantes de lutte.

Les moyens thérapeutiques mis en œuvre contre les formes apparentes ne sont que des adjuvants, toujours utiles, mais souvent impuissants à eux seuls à amener la guérison.

Une médication spécifique doit seule pouvoir venir à bout de la tuberculose, prise à sa naissance.

La tuberculine, inefficace et dangereuse est rejetée, quand il s'agit de primo-infection, par ceux-là mêmes qui en sont les plus farouches partisans pour les autres étapes de la maladie.

L'allergine de JOUSSET, à laquelle on la compare sou-

vent, a été rejetée aussi du fait même de sa prétendue analogie avec elle.

A notre avis, elle en est au contraire tout différente.

Elle trouve, dans la primo-infection son indication idéale, puisque son principe est de demander à l'organisme de participer activement à sa propre défense. Or, c'est au début de la maladie qu'il en est le plus capable.

Son efficacité réelle, son absence de danger à cette période, doivent la faire appliquer. Mais trois conditions sont à exiger : précocité, intensité, durée.

Ces conditions réunies, les résultats seront le plus souvent certains. Ils seront d'autant plus lents à obtenir que l'on s'éloignera du véritable début de la maladie.

Elle ne dispense pas des moyens habituels hygiéno-diététiques. La notion du repos concomitant en est inséparable, car elle ne saurait être en aucune façon un traitement ambulatoire.

En guérissant les formes sérieuses de la primo-infection, nous croyons qu'elle est une véritable prophylaxie de la méningite et de la granulie, qui risquent de leur succéder à tout moment.

Elle constitue aussi et surtout une prophylaxie certaine contre la tuberculose en général, véritable fléau social qui risque de nous engloutir.

*
**

Les formes inapparentes, simplement révélées par le virage de la cuti-réaction, n'ont entraîné jusqu'à présent que l'expectative.

Le fléchissement du terrain, possibilité de tous les jours, est aujourd'hui une réalité angoissante.

Dans les circonstances que nous traversons, l'apparition d'une tuberculose lésionnelle est à craindre bien souvent.

Devons-nous attendre la constitution de la lésion pour commencer à nous inquiéter de la maladie?

Nous avons pensé que l'allergine, donnée à petites doses et pendant un court délai, pouvait amener la certitude que ces formes larvées ne seront par suivies, dans les mois ou les années qui suivent, de l'apparition de la tuberculose.

La surinfection endogène deviendrait ainsi impossible du fait même de l'immunité créée. Quant à la surinfection exogène, infiniment plus rare, elle serait à son tour elle-même bientôt écartée par la disparition de contaminants.

La réalisation de cette mesure ne nous appartient pas. Du moins aurons-nous la satisfaction de l'avoir préconisée et l'espoir de la voir appliquée un jour prochain.

*
**

L'allergine pourrait ainsi, avec les autres moyens de lutte, faire véritablement œuvre sociale.

C'est sur le plan social que le combat doit être mené. Il faut s'attaquer à la tuberculose partout où elle peut survenir. Elle peut survenir chez tout primo-infecté, de quelque façon qu'il ait été atteint.

Nous croyons que l'efficacité de l'allergine donne une grande certitude de régression parce que, justement elle agit au départ. Elle pourrait ainsi s'intégrer dans l'ensemble des mesures de lutte contre le terrible fléau.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1927.)
- BERNARD (Etienne). — Tuberculose et médecine sociale. (Paris, 1938, Masson.)
- BERNARD (Léon). — Début et arrêts de la tuberculose pulmonaire. (Paris, 1931, Masson.)
- BOUNET, BRUN et CHAUVIRÉ. — La primo-infection tuberculeuse latente et ses manifestations oculaires. (*Lyon Médical*, n° 12, p. 201, 23 mars 1941.)
- BOURGUIN. — La protection sociale de l'enfance en France. (Paris, 1938, Masson.)
- BROUARDEL et ARNAUD (J.). — L'organisation antituberculeuse française. (Paris, 1934, Masson.)
- BRUN (J.). — Le cycle de l'infection tuberculeuse humaine. (Paris, 1936, Masson.)
- BURNAUD. — Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse. (Paris, 1938, Masson.)
- CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. (Paris, 1928, Masson.)
- DENIS (G.). — Le traitement de la tuberculose en pratique de ville selon les méthodes d'André Jousset. (Thèse Paris, 1937, Jouve.)
- GAVREL (R.-P.). — Traitement de certaines tuberculoses par l'allergine. (Thèse Paris, 1934, Le François.)
- GUÉRIN (Paul). — L'allergine de Jousset in Le poumon tubercu-

- leux (Paul Cantonnet), pp. 137 à 140. (Paris, 1936, Maloine.)
- GUINARD (Urbain). — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire. (Paris, 1925, Maloine.)
- JACQUELIN. — Pronostic de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de la Médecine française*, octobre 1929.)
- JACQUELIN, CORNET et VILLANOVA. — De quelques incidents de la tuberculinothérapie et de leur signification. (*Presse Médicale*, n° 70, n° 71, p. 884, 13-16 août 1941.)
- JOUSSET (A.). — L'allergine. (*Presse Médicale* n° 27, 16 mars 1929.)
- JOUSSET (A.). — Traitement de la tuberculose par l'allergine. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris* n° 108, 27 décembre 1932.)
- JOUSSET (A.). — Traitement de la tuberculose par l'allergine. (*Le Monde Médical*, Paris, 15 octobre 1930.)
- JOUSSET (A.). — La tuberculose pulmonaire. Traitement par l'allergine. (Paris, 1937.)
- HUARD (J.). — Utilisation de la cuti-réaction à la tuberculine et des réactions similaires dans la lutte antituberculeuse. (Paris, 1938, Amédée Legrand.)
- KUSS (G.). — Traitement de la tuberculose pulmonaire. (Paris, 1911, Baillière.)
- LANDOUZY. — La typhobacillose. (6^e Congrès de tuberculose, Washington, 1908.)
- MINET (Jean). — Clinique médicale. (Paris, 1935, Doin.)
- NOBÉCOURT. — Clinique médicale des enfants. La tuberculose. (Paris 1929.)
- PARAF (J.). — L'immunité au cours de la tuberculose. (Paris, 1935, Masson.)
- PEHU et DUFOUR. — La tuberculose médicale de l'enfance. Paris.
- PÉRISSE. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'allergine. (*Progrès Médical* n° 53, 30 décembre 1933.)

- PÉRISSON. — Traitement de la tuberculose. (*Bulletin Médical*, août 1938.)
- RAVINA (A.). — Manuel de phtisiologie. (Paris, 1942, Masson.)
- RIBADEAU-DUMAS. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. (Paris, 1925.)
- RIST (E.). — La tuberculose, 2^e édition. (Paris, 1939, Armand Colin.)
- SAHLI. — Tuberculinothérapie et traitement intra-dermique de la tuberculose pulmonaire, 1935.
- SERGENT (Emile). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique. (Paris, 1938, Masson.)
- STÉPHANI. — Etude clinique et radiographique des formes de la tuberculose pulmonaire, 1935.
- TISSOT (Franck). — La primo-infection tuberculeuse. (Paris, 1942, Masson.)
- TROISIER (Jean). — Clinique de la tuberculose. (Leçon inaugurale du 15 novembre 1938.)
-

